Francis VILLAR

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES
DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Professeur de Clinique Chirurgicale

TITRES



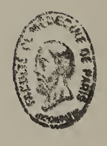
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

BORDEAUX
IMPRIMERIE MODERNE
A. DESTOUT aîné & Cie
139, rue Sainte-Catherine et 8, rue Paul-Bert
1907



Dr Francis VILLAR



TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES UNIVERSITAIRES

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris (concours de 1885). Chargé pendant la dernière année d'adjuvat de la direction d'un pavillon d'anatomie, en qualité de Prosecteur intérimaire.

Docteur en Médecine de la Faculté de Médecine de Paris (1886).

Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté de Médecine de Bordeaux (concours de 1889).

Rappelé à l'exercice, comme Professeur agrégé, pendant les années scolaires :

1899-1900
1900-1901
1901-1902
1903-1904.

Délégué dans les fonctions de Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de Bordeaux (1889-1890).

Aide bénévole des travaux pratiques de médecine opératoire (Laboratoire de M. le Professeur Masse).

Délégué dans les fonctions de Sous-directeur du Laboratoire de médecine opératoire à la fin de l'année scolaire 1897-1898. (Création de l'Université.)

Maintenu pour 1898-1899 dans les fonctions de Sous-directeur du Laboratoire de médecine opératoire.

Nommé, pour 1899-1900, Chef des travaux pratiques de médecine opératoire. (Arrêté du 22 novembre 1899.)

Maintenu tous les ans, jusqu'à ce jour, dans les fonctions de Chef des travaux pratiques de médecine opératoire.

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Paris. (Reçu le premier au concours.)
Interne provisoire des Hôpitaux de Paris.
Interne titulaire des Hôpitaux de Paris.
Chirurgien adjoint à l'infirmerie de la Maison de répression de Nanterre.
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux.

REMPLACEMENTS HOSPITALIERS

De 1890 à fin 1904, remplacements dans les services de clinique de MM. les Professeurs Lanelongue, Demons, Badal et Piéchaud, en qualité de Professeur agrégé.

Du 1er au 31 mars 1901, du 15 avril au 15 mai de la même année, remplacement du Professeur Demons pendant la période du cours de clinique chirurgicale.

En outre, remplacements dans les services de chirurgie des hôpitaux en qualité de chirurgien adjoint.

RÉCOMPENSES

Lauréat des Hôpitaux de Paris.
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.
Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre titulaire, puis honoraire, de la Société d'Anatomie de Paris.

Membre titulaire de la Société clinique de Paris.

Membre titulaire de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Secrétaire général adjoint de la Société d'Anatomie et de Physio logie de Bordeaux.

Vice-Président de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (1893-1894, 1894-1895).

Membre titulaire de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Secrétaire adjoint de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Membre titulaire de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux.

Membre de l'Association française de Chirurgie.

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Membre de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Membre de l'Association des Anatomistes.

Membre titulaire de la Société d'Anthropologie de Bordeaux.

Membre titulaire de la Société de Géographie et d'Ethnographie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Membre de la Société d'Hygiène de Bordeaux.

Membre de l'Alliance d'hygiène sociale.

Membre de la Société des Amis des l'Université de Bordeaux

Secrétaire adjoint de la Société des Amis de l'Université de Bordeaux.

Membre de la Société d'Océanographie du golfe de Gascogne.

Membre de la Société scientifique d'Arcachon.

Membre de la Société Philomathique de Bordeaux.

Membre de la Société internationale de Chirurgie.

Membre correspondant de la Société de Médecine de Gand.

Associé étranger de la Société de Chirurgie de Bucharest.

Membre correspondant de la Sociedad de Estudios clinicos de la Havane.

Président de la Real Academia de Ciencias medicas de la Havane.

Membre correspondant de la Sociedad Medica de Buenos-Aires.

Membre correspondant de la Société d'Hygiène de la Havane.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

Collaborateur du *Journal de médecine de Bordeaux.*

Collaborateur des *Archives cliniques de Bordeaux.*

Fondateur et collaborateur des *Archives provinciales de chirurgie.*

Fondateur de la *Gazette médicale de Paris.*

Membre correspondant de la *Abeja medica de la Havane.*

Membre correspondant del *Circulo medico Argentino.*

Membre collaborateur des *Archives des sciences médicales de Bucharest.*

CONGRÈS

Congrès français de chirurgie, suivi régulièrement depuis plusieurs années.

Congrès de gynécologie (Bordeaux).

Congrès international de médecine (Rome)

Congrès de gynécologie (Amsterdam).

Congrès international de médecine (Paris).

Congrès pour l'avancement des sciences (Bordeaux).

Congrès d'otologie (Bordeaux).

Congrès des Anatomistes (Bordeaux).

MISSIONS SCIENTIFIQUES

Mission scientifique en Italie.

Mission scientifique en Hollande et en Belgique.

En outre, voyages scientifiques à l'effet d'étudier les questions relatives à la chirurgie en Suisse, en Allemagne et en Angleterre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Officier d'Académie.

Chevalier du Mérite agricole.

Officier de l'Instruction publique.

Commandeur de l'Ordre del Libertador de Venezuela.

ENSEIGNEMENT

A. — ENSEIGNEMENT THÉORIQUE

Direction d'une conférence pour l'Externat des Hôpitaux à Paris.

Direction d'une conférence pour l'Internat des Hôpitaux à Paris.

Leçons d'anatomie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, en qualité d'aide d'anatomie (1885 à 1889).

Cours libres de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Cruveilhier). — 1er Semestre d'hiver 1887-1888 : Affections chirurgicales du membre inférieur. 2me Semestre d'hiver 1888-1889 : Chirurgie des organes génitaux de la femme.

Direction d'une conférence pour l'Internat des Hôpitaux de Bordeaux.

Direction d'une conférence à Bordeaux pour l'Internat des Hôpitaux de Paris.

Direction d'une conférence à Bordeaux pour la préparation à l'Agrégation de chirurgie.

Cours et conférences professés à la Faculté de médecine de Bordeaux :

1° Anatomie chirurgicale :

De 1889 à 1892.

De 1895 à 1907.

2° Pathologie externe :

De 1892 à 1895.

3° Conférences de médecine opératoire, en qualité de chef des travaux :

Tous les ans de 1897-1898 à 1906-1907.

4° Cours magistral de médecine opératoire. Fait à plusieurs reprises, officieusement, en remplacement de M. le Professeur Masse qui était souffrant. J'ai fait entièrement ce cours en 1903 et en 1904.

B. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE

Conférences de séméiologie chirurgicale 1900-1901 et 1903-1904.

Leçons de clinique chirurgicale au lit du malade et à l'amphithéâtre, en remplacement officiel de M. le Professeur Demons, appelé en 1901 à siéger dans le jury du concours d'agrégation.

Cliniques chirurgicales et Leçons pendant les remplacements de vacances dans les services de MM. les Professeurs Lanelongue et Demons et pendant les remplacements dans les différents services des hôpitaux.

Direction des travaux pratiques de dissection à la Faculté de médecine de Paris, de 1885 à 1889, en qualité d'aide d'anatomie.

Direction des travaux pratiques de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, de 1885 à 1889, en qualité d'aide d'anatomie.

Direction des travaux pratiques de dissection à la Faculté de médecine de Bordeaux, en 1889-1890, en qualité de chef des travaux anatomiques.

Direction des travaux pratiques de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Bordeaux, de 1897-1898 à 1906-1907, en qualité de chef des travaux de médecine opératoire.

Direction des travaux pratiques supplémentaires de médecine opératoire faits pendant l'hiver, en vue du 3e examen de doctorat.

Enseignement pour le diplôme de médecin colonial, années 1901-1902 à 1906-1907 : Conférences et travaux pratiques sur la chirurgie opératoire du foie, de l'intestin et de la rate.

CONFÉRENCES DIVERSES

Conférences médicales faites aux infirmières et aux ambulancières à Paris et à Bordeaux.

Conférence sur l'anesthésie, faite sous le patronage de la Société des Amis de l'Université.

L'encombrement médical (Conférence à l'Association des étudiants, janvier 1906).

PUBLICATIONS DIVERSES

Compte rendu du Congrès international de médecine tenu à Rome. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1894.

~~~

Analyses de thèses et de livres dans les journaux médicaux.
~~~

Rapports à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux et à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Je citerai entre autres :

Rapport étendu lu à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux sur un important ouvrage du docteur S. Gache (Buenos-Ayres) intitulé : *Géographie médicale de la République Argentine.*

~~~~

Rapport annuel à la Société des Amis de l'Université de Bordeaux (1903 et 1904).

~~~

Souvenir d'un voyage scientifique en Italie. La Chirurgie italienne. Bulletin de la Société des Amis de l'Université de Bordeaux, 1902.

Ce travail n'est qu'un résumé d'un rapport que j'avais rédigé à la suite d'une mission scientifique en Italie. J'y ai exposé la disposition et l'installation des hôpitaux qui m'ont paru les plus intéressants : Hôpital Mauriciano Umberto Primo et l'Ospedale Maria Vittoria, à Turin ; l'Ospedale Maggiore et l'Istituto dei Rachitici, à Milan ; l'Ospedale di Pammatone et l'Ospedale San Andrea Apostolo ou hôpital de la Duchesse de Galliera de Ferari, à Gênes ; il Policlinico Umberto Primo, à Rome ; il Istituto Rizzoli, à Bologne. A propos de ce dernier établissement, j'ai rappelé l'histoire des instituts orthopédiques en Italie. Le comte Ernest Riccardi avait eu l'idée philanthropique de créer une école spéciale pour les rachitiques, dans le but d'éviter à ces petits malheureux les humiliations auxquelles ils étaient exposés par le contact avec les autres enfants. Mais on ne tarda pas à s'occuper aussi de leur santé, et ainsi l'hôpital vint insensiblement se greffer sur l'école. De transformation en transformation, on arriva à la création de l'Institut orthopédique modèle. Plusieurs villes d'Italie possèdent leur institut des rachitiques ; je puis citer Milan, Venise, Mantoue, Vérone, Palerme, Crémone, Turin, Gênes.

A côté de la question purement scientifique, il y a lieu de signaler dans les hôpitaux d'Italie un quelque chose qui ne se trouve pas dans les hôpitaux des autres nations; ce quelque chose, c'est le côté artistique et historique. Cet assemblage d'art et de science s'explique aisément par ce fait que certains hôpitaux ont été installés dans d'anciens couvents ou palais et que d'autres ont été bâtis à une époque où le mouvement artistique brillait de tout son éclat en Italie. Aussi, rien d'étonnant à ce que l'on trouve de fort belles fresques dans des cours, sous des portiques et même dans les salles de malades. Certaines chapelles d'hôpitaux renferment des fresques ou des tableaux du plus grand intérêt.

Voici les conclusions que je croyais devoir tirer de mon travail sur la chirurgie italienne.

L'étude de la chirurgie italienne est donc intéressante au triple point de vue de l'art, de l'histoire et de la science. Je n'insiste pas sur le côté historique et artistique des hôpitaux italiens. Au point de vue scientifique, on ne peut nier que l'Italie a su se faire une place importante dans le mouvement chirurgical de ces dernières années. Les salles d'opérations ont été fort bien installées, les salles de malades ont été transformées d'après les exigences modernes, le matériel opératoire a été sans cesse perfectionné, d'excellents opérateurs pratiquant couramment les interventions les plus graves. Bref, la chirurgie italienne, ainsi que je le disais au début de ce modeste travail, a marché d'un pas rapide; elle compte parmi ses représentants des hommes connus et justement appréciés.

Ces progrès, si activement accomplis, s'expliquent par les trois raisons suivantes :

1° Les jeunes chirurgiens italiens n'ont pas craint d'aller apprendre ce qui se faisait à l'étranger, surtout en Allemagne, à une époque où ce pays était entré dans une voie nouvelle; plusieurs d'entre eux, aujourd'hui professeurs dans telle ou telle Université, y ont fait leur véritable éducation.

2° Les chirurgiens italiens ne gaspillent pas la meilleure part de leurs forces physiques et intellectuelles dans la préparation

aride de concours successifs. Pouvant disposer de leur temps et de leur liberté d'esprit, ils se consacrent à la recherche du mieux et à la publication de travaux originaux.

3° Enfin, il existe en Italie des centres universitaires autonomes, comme en Allemagne, et une décentralisation que nous ne connaissons pas encore en France, malgré les transformations déjà accomplies. Ce n'est pas la ville, mais la valeur de ceux qui y professent qui fait l'importance de l'enseignement. Porro, l'accoucheur gynécologiste si connu, professait à la petite Université de Pavie; Bassini est à Padoue, ville de peu d'importance, etc.

En outre, l'enseignement médical en Italie constitue une carrière que l'on peut embrasser, sachant qu'elle mènera à quelque chose si l'on travaille. C'est ce qui explique comment on trouve des chirurgiens fort distingués dans de petits centres. Celui qui veut arriver à quelque chose n'a qu'un but : obtenir une place dans une Université quelconque ; il sait qu'en travaillant il peut se créer une situation en vue dans cette Université et que, d'après les vacances de chaires et d'après l'importance de ses travaux personnels, il pourra arriver à être nommé professeur titulaire, soit dans la même Université, soit dans une autre. Voilà la caractéristique de la carrière médicale en Italie, le changement d'Université pourvu que l'on monte en grade. Peu importe, en principe, au chirurgien, par exemple, de quitter telle ville pour aller dans une autre moins importante; l'essentiel est qu'il soit nommé professeur de clinique chirurgicale pour pouvoir élargir son champ d'action.

Aussi voit-on des changements de résidence et des abandons de situation qui surprennent au premier abord.

Ce roulement, qui n'existe qu'à l'état virtuel dans nos Facultés et Ecoles de médecine, constitue une grande force. Ce professeur, qui quitte ainsi une grande ville pour une autre de moindre importance, va redoubler d'ardeur dans sa nouvelle situation pour se faire apprécier et pouvoir, le cas échéant, passer ensuite dans une grande Université.

Rapport adressé en 1902, à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, au sujet de la transformation de l'enseignement de la médecine opératoire.

Dans ce rapport, j'ai exposé assez longuement la façon dont M. le Professeur Masse et moi-même nous avions organisé l'enseignement et les travaux pratiques de la médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux.

Autrefois, à Bordeaux. comme dans les autres Facultés françaises, les travaux pratiques de médecine opératoire étaient confiés au chef des travaux anatomiques qui dirigeait, l'hiver, les travaux pratiques d'anatomie et l'été, ceux de médecine opératoire. Ce n'était pas très logique, car un anatomiste n'est pas un chirurgien. Mais enfin, cet état de choses pouvait être toléré à une époque où la chirurgie visait surtout l'étude des ligatures, des amputations et des résections. Depuis que les opérations viscérales sont devenues courantes, un changement s'imposait. Aussi, la première mesure à prendre consistait dans la séparation complète de l'anatomie et de la médecine opératoire; c'est ce qui fut fait à Bordeaux.

Le chef des travaux anatomiques ne s'occupa plus que de la dissection, pendant l'hiver, et, grâce à la générosité de l'Université, il fut créé une place de chef des travaux de médecine opératoire.

La séparation entre l'anatomie et la médecine opératoire fut même poussée très loin : un pavillon spécial fut réservé à la médecine opératoire, l'injection pour la conservation des cadavres se pratiqua à part, chaque section possédant ses instruments lui appartenant en propre.

Dès ce jour, le Laboratoire de médecine opératoire prit une place fort importante et les travaux pratiques furent exécutés d'une façon méthodique.

M. le Professeur Masse fit preuve d'une grande activité : le Laboratoire s'enrichit d'une importante bibliothèque, l'appareil instrumental fut considérablement augmenté. Puis, un éclairage

électrique fort bien compris (lampes à arc et lampes portatives pour chaque table) permit de travailler assez tard pendant l'hiver et facilita, à cette époque de l'année, les épreuves pratiques du 3e examen de doctorat.

Personnellement, je m'évertuai à faire dessiner des planches murales pour faciliter aux élèves la description de l'anatomie topographique et de la technique opératoire.

Voici maintenant comment a été organisé l'enseignement de la médecine opératoire. Trois fois par semaine, cours magistral du professeur. Les mêmes jours, travaux pratiques sous la direction du chef des travaux, assisté d'un ou deux aides d'anatomie.

A chaque séance, avant de commencer les travaux pratiques, le chef des travaux explique les opérations que les élèves doivent répéter et pratique lui-même ces opérations ou les fait pratiquer sous sa surveillance par un aide d'anatomie. Puis, les élèves vont opérer eux-mêmes. Ils sont répartis dix par table ; pendant que les uns opèrent, les autres servent d'aides. Chaque table est numérotée ; contre le mur, en face de chaque table, se trouve une petite boîte en bois, vitrée sur le devant ; dans l'intérieur de la boîte une feuille de papier porte le numéro de la table et les noms des élèves qui travaillent à cette table ; de la sorte, chacun sait où il doit aller travailler et le contrôle est rendu plus facile pour le chef des travaux.

Sur chaque table, les élèves trouvent une boîte d'instruments qui contient, lorsqu'on ne doit pratiquer que des ligatures d'artères : des bistouris, des écarteurs, des pinces à disséquer, des sondes cannelées, des ciseaux, des aiguilles de Deschamps et de Cooper, des crayons pour tracer les lignes opératoires. Sur chaque boîte est inscrit un numéro qui correspond à celui de la table. Si un instrument vient à manquer, on sait à quelle table il faut le réclamer.

Lorsqu'on doit pratiquer des amputations, des résections ou d'autres opérations spéciales, on fournit, bien entendu, les instruments nécessaires.

Le nombre des cadavres a toujours été suffisant : depuis que

les travaux pratiques ont été organisés comme je l'ai indiqué, tous les élèves ont pu travailler régulièrement trois fois par semaine et ont toujours trouvé le matériel cadavérique dont ils avaient besoin.

En moyenne, nous avons pu distribuer quatre cadavres à chaque table; par conséquent, les élèves de chaque table ont eu la facilité de répéter plusieurs fois les ligatures et les amputations.

Nous ne nous sommes pas contentés de faire exécuter seulement les opérations de ligatures, amputations et résections qui constituent ce qu'on appelle la médecine opératoire classique; mais nous avons tenu à suivre l'évolution de la chirurgie. Aussi, les élèves s'exercent-ils à pratiquer sur le cadavre les opérations viscérales (suture de l'intestin, kélotomie, appendicectomie, trépanation, trachéotomie, etc.). Bien mieux, convaincus que l'opération sur le cadavre ne ressemble pas à l'opération sur l'être vivant, nous avons institué des travaux pratiques de chirurgie expérimentale sur le chien. C'est ainsi que nous faisons pratiquer sur l'animal la trachéotomie, l'œsophagotomie, la suture d'une plaie du poumon, la suture du cœur, la suture d'une plaie du foie, la gastro-entérostomie, la suture de l'intestin, la néphrectomie, etc. — Les opérations sur l'animal sont pratiquées avec les mêmes précautions que s'il s'agissait d'opérer sur l'homme. Les instruments sont stérilisés, la gaze, la ouate, les fils à ligature et à suture sont stérilisés aussi. L'animal est nettoyé avec soin, l'opérateur et l'aide se lavent les mains comme ils le feraient à l'hôpital.

D'après ce court exposé, on voit que, grâce à l'initiative de M. le Professeur Masse, l'enseignement de la médecine opératoire se fait à Bordeaux d'une façon réellement méthodique et minutieuse.

Je ne sache pas que l'on puisse faire mieux ailleurs.

J'ajoute que, pour faciliter l'épreuve pratique du 3e examen de doctorat qui ne se passe qu'en Janvier, alors que les travaux pratiques de médecine opératoire prennent fin au mois de Juillet précédent, nous avons institué une série supplémentaire de travaux pratiques au commencement du mois de Janvier.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

Anastomoses du musculo-cutané et du médian ; du médian et du cubital. Société anatomique de Paris, 1887.

Quelques recherches sur les anastomoses des nerfs du membre supérieur : *1° Anastomoses du musculo-cutané et du médian ; 2° Anastomoses du médian et du cubital ; 3° Anastomoses du radial et du cubital.* — **De leur importance au point de vue du rétablissement des fonctions à la suite des sections nerveuses.** Société anatomique de Paris, 8 juin 1888.

Anastomose plexiforme entre les nerfs musculo-cutané et médian. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1er février 1892.

Dans ces différentes publications, j'ai exposé les résultats de recherches anatomiques faites à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris, au sujet des anastomoses des nerfs du membre supérieur.

Anastomose du musculo-cutané et du médian. — Tout d'abord j'ai constaté, comme Testut, que, contrairement à l'opinion des auteurs classiques, l'anastomose entre le médian et le musculo-cutané se dirige du musculo-cutané vers le médian et non du médian vers le musculo-cutané.

J'ai rencontré plusieurs types d'anastomoses : la plus intéressante consistait en un véritable plexus reliant les deux nerfs. Cette anastomose plexiforme n'avait été observée par Testut

qu'une fois chez l'homme, une fois chez l'orang-outang et une fois chez un cercopithèque.

J'ai rencontré aussi une fusion du musculo-cutané et du médian, de sorte qu'il n'existait qu'un seul tronc nerveux à la partie antérieure du bras.

Anastomoses du cubital et du médian à l'avant-bras et au bras. — Les anastomoses de ces deux nerfs à l'avant-bras sont fréquentes. Quant aux anastomoses du médian et du cubital au bras, elles n'avaient pas encore été étudiées.

Anastomose du radial et du cubital au bras. — Je n'ai rencontré cette anastomose qu'une seule fois. Elle doit être très rare, puisqu'elle n'est ni décrite, ni figurée dans les ouvrages classiques.

L'étude des anastomoses des nerfs du membre supérieur ne présente pas simplement un intérêt anatomique. Elle intéresse aussi au plus haut point le chirurgien, car elle lui permet de s'expliquer certains faits bizarres, paradoxaux, tels que la conservation de la sensibilité et de la motilité après les sections nerveuses, ou l'apparition de la paralysie dans le territoire d'un nerf qu'on est autorisé à croire intact. Pour expliquer ces faits anormaux, on invoquait des théories spéciales : sensibilité récurrente, suppléance nerveuse, innervation collatérale motrice, actions réflexes. On peut aujourd'hui, du moins dans certains cas, expliquer ces faits plus simplement par les anastomoses nerveuses si fréquentes au bras, à l'avant-bras et à la main, véritables canaux de sûreté, qui transforment souvent les sections nerveuses même complètes, en véritables sections incomplètes.

Anatomie de la boule graisseuse de Bichat. (*Voir partie chirurgicale*).

Faisceaux accessoires du muscle grand pectoral.
Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 25 novembre 1889.

Quelques recherches sur la glande parotide accessoire. Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 25 novembre 1889.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qu'il faut entendre par glande parotide accessoire. A la suite de recherches cadavériques pour éclaircir ce point d'anatomie, je suis arrivé à conclure que, s'il existe normalement un prolongement antérieur ou massétérin de la parotide, il existe aussi quelquefois un lobule parotidien erratique, isolé, qui constitue la véritable parotide accessoire. Je crois avoir décrit le premier, d'une façon complète, cette glande parotide accessoire.

Sur 7 sujets, j'ai vu deux fois, en avant de la glande parotide, un lobe très nettement séparé et s'ouvrant par un canal distinct dans le canal de Sténon. Dans les deux cas, cette parotide accessoire se trouvait couchée sur le masséter, au-dessous de l'os malaire. Les artères venaient de la transverse de la face et les veines allaient se jeter dans la faciale. J'avais cherché à injecter les lymphatiques, mais l'instrumentation était défectueuse et je n'avais pu continuer mes recherches.

~~~

Disposition anormale du péritoine pariétal. Diaphragme péritonéal divisant en deux loges la grande cavité abdominale. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1905.

Disposition anormale du péritoine pariétal. Diaphragme péritonéal divisant en deux loges la grande cavité abdominale. Congrès des Anatomistes de Bordeaux, 1905.

Au cours d'une laparotomie, après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose et écarté les deux muscles droits, je tombai sur une saillie d'aspect bleuâtre et je crus tout d'abord qu'il s'agissait d'un kyste. Je ponctionnai la saillie de la pointe du bistouri ; il s'écoula aussitôt un liquide jaune citrin. Ayant reconnu que la prétendue poche n'était
~~~

autre chose que le péritoine pariétal, j'incisai franchement en haut et en bas. Mais quel ne fut pas mon étonnement! J'aperçus une excavation pelvienne absolument vide, ne renfermant ni utérus, ni ovaires, ni intestin. Pour bien me rendre compte de ce qui se passait, je fis écarter largement la plaie abdominale et voici ce que je constatai :

1° Excavation pelvienne absolument vide ; fosses iliaques vides également ; je pouvais voir battre les artères iliaques interne et externe, sous le feuillet péritonéal pariétal postérieur. Je ne puis mieux comparer la disposition observée qu'à celle qui se voit après l'hystérectomie totale suivie de péritonisation du plancher pelvien ;

2° Existence d'un feuillet péritonéal étendu d'arrière en avant, de la quatrième vertèbre lombaire environ, vers le péritoine pariétal antérieur.

Bref, la cavité abdominale était séparée en deux parties par un diaphragme péritonéal, une partie supérieure contenant les reins et les organes digestifs et une partie inférieure tout à fait vide.

Je sectionnai ce diaphragme en un point et je tombai alors sur la masse intestinale. Je dois dire que, sur le cæcum, à la place de l'appendice, se trouvait un large ruban d'aspect musculaire qui allait se perdre sur la partie latérale de la paroi abdominale.

Je ne voulus pas toucher à ce ruban musculaire, je suturai au catgut la brèche faite au diaphragme péritonéal et je revins vers l'excavation. En cherchant bien au fond, je finis par attirer péniblement l'ovaire droit, volumineux et polykystique, que j'extirpai.

La première idée qui doit venir à l'esprit et qui m'est venue à moi-même, c'est que ce diaphragme péritonéal doit être de nature inflammatoire, qu'il est dû à la formation d'adhérences. Je n'ai pas pu accepter cette hypothèse pour les raisons suivantes : 1° le péritoine qui recouvrait l'excavation et les fosses iliaques était absolument lisse ; 2° le diaphragme était bien de nature péritonéale, formant un feuillet mince et lisse ; 3° la

masse intestinale se trouvait tout entière au-dessus et absolument libre. Si ce diaphragme avait été d'origine inflammatoire, il y aurait eu forcément des adhérences plus ou moins résistantes, plus ou moins irrégulières.

La présence de liquide dans la loge pelvienne pourrait faire penser à l'existence d'un kyste. Mais je n'ai pas trouvé de paroi kystique : la poche était bien limitée par le péritoine lui-même.

Voici, d'ailleurs, comment se comportait le péritoine : le péritoine pariétal antérieur, recouvrant la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, descendait de haut en bas, comme d'ordinaire, passait derrière le pubis, derrière la vessie et l'utérus, puis devant le rectum, sans former des culs-de-sac; il se relevait ensuite, tapissant la face antérieure du sacrum, les fosses iliaques internes, pour se continuer avec le péritoine pariétal postérieur ; tout d'un coup, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, un feuillet péritonéal se portait d'arrière en avant, du péritoine postérieur vers le péritoine antérieur, formant le diaphragme complet dont j'ai déjà parlé et qui divisait en deux loges la grande cavité péritonéale.

Je ne pense pas que l'on ait jamais signalé une disposition du péritoine semblable à celle que je viens de décrire, et cependant anatomistes et chirurgiens ont ouvert des ventres par milliers.

Il s'agit évidemment dans ce cas d'une malformation du péritoine.

Anatomie topographique du pancréas et de la région péri-pancréatique. *In Chirurgie du pancréas.*

Anatomie de l'artère pédieuse, d'après les recherches de Salvi. *(Voir à la partie chirurgicale.)*

Rapports du nerf honteux interne avec l'artère honteuse interne, au point de vue de la ligature de cette dernière artère. Recherches cadavériques faites avec M. Valleteau de Moulliac. *In Précis de chirurgie opératoire.*

~~~

Description anatomique des régions à ligatures; en particulier: anatomie des artères de la main et de la face plantaire du pied, d'après les travaux de Delorme que j'ai contrôlés en partie; **Anatomie de l'artère hypogastrique,** d'après les travaux de Quénu et Duval. *In Précis de chirurgie opératoire.*
~~~

CHIRURGIE

DIVERS

Iodisme à localisation parotidienne. Société clinique de Paris 1887 ; et *in* Thèse de Miss Bradley.

Concrétions calcaires du corps thyroïde. Société anatomique de Paris 1887.

Rétention de matières caséeuses dans l'utérus. Société anatomique de Paris, 1887.

Lymphadénome de l'amygdale, du péricarde, etc. Société anatomique de Paris, 1888.

Volumineux calcul intestinal chez le cheval. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 4 février 1895.

Une observation d'adéno-épithélioma des glandes sudoripares. *In* Thèse Couvy, Bordeaux 1899.

La distribution des poils dans les tuberculoses locales. En collaboration avec M. Tornu. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1892.

Énorme dilatation de l'estomac. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 septembre 1900.

Présentation d'un **appareil pour injections vaginales chaudes.** Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1900.

Anesthésie par l'éther. Congrès français de chirurgie, 1902. Discussion.

CHIRURGIE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

Dans l'exposé des publications, nous chercherons surtout à suivre un plan régional et à rapprocher les travaux se rapportant au même sujet.

TÊTE ET COU

Traumatisme cranien. Apparition de crises épileptiques et de troubles psychiques quatre ans après l'accident. Trépanation large. Pseudo-kyste à contenu clair, entre l'os et la dure-mère recouverte de fausses membranes. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 23 mars 1900.

Des pseudo-kystes séreux sus-dure-mériens consécutifs à des traumatismes craniens éloignés. *Journal de médecine de Bordeaux,* 3 février 1901.

Des pseudo-kystes séreux sus-dure-mériens consécutifs à des traumatismes anciens du crâne. Congrès français de chirurgie, 1903.

L'histoire des épanchements traumatiques intra-craniens est bien connue; elle occupe une place importante dans les traités de chirurgie. Mais les auteurs n'ont décrit que les épanchements sanguins, et, à part quelques courtes considérations sur la transformation kystique des hématomes, ils n'ont pas décrit d'une façon spéciale les collections séreuses.

Broca et Maubrac, dans leur *Traité de chirurgie cérébrale*, après avoir parlé de la pachyméningite hémorragique, se contentent de dire: « A cette catégorie on doit sans conteste ratta-

cher les cas où, à la place de l'épanchement sanguin, s'est collecté un liquide kystique. »

J'ai eu l'occasion d'opérer un malade atteint d'une collection séreuse extra-dure-mérienne, d'un pseudo-kyste sus-dure-mérien (ainsi que j'ai proposé de désigner l'affection) consécutif à un traumatisme ancien du crâne. Mon élève, M. Chagnolleau, a, le premier, en se servant de cette observation, abordé l'étude de cette question des pseudo-kystes séreux sus-dure-mériens, dans sa thèse de doctorat. Je l'ai moi-même résumée dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, en 1901, et la même année, M. Courteville (de Lille) a repris le sujet dans sa thèse en faisant connaître une nouvelle et intéressante observation de M. Franchomme.

Il est donc permis aujourd'hui et il est intéressant de faire une étude d'ensemble sur cette question toute nouvelle.

Voici le résumé de mon observation personnelle :

A l'âge de quinze ans, Louis X... reçoit une grosse branche de pin sur la tête ; il reste quinze jours dans un état comateux, puis se remet complètement. Quatre ans après l'accident, crises d'épilepsie ; l'enfant devient triste et apathique.

Lorsque je l'examine je constate :

1° Existence d'une bosse osseuse siégeant dans la région frontale du côté gauche, à 4 cent. 1/2 de l'arcade sourcilière correspondante, à 3 centimètres de la ligne médiane. Cette bosse, qui serait devenue appréciable peu de temps après l'accident, aurait considérablement augmenté depuis l'époque d'apparition des crises d'épilepsie ;

2° Une petite fêlure du frontal située au-dessous de la saillie osseuse ;

3° Légère douleur lorsqu'on pressait sur la bosse ou la fêlure ;

4° Aspect triste, apathie intellectuelle ; lorsqu'on lui parlait, le malade faisait des efforts pour répondre ;

5° Le malade me dit enfin qu'il souffrait un peu de la tête, du côté gauche de la région frontale et dans la région occipitale.

A part cela, pas de phénomènes cérébraux; aucun signe de localisation; pas de paralysie, ni des membres, ni de la face; pas d'anesthésie, pas de trépidation; réflexes normaux.

Pour m'entourer de toutes les garanties nécessaires, je fis soumettre le malade à l'action des rayons X; l'épreuve radiographique révéla très nettement la fêlure dont j'ai déjà parlé et que j'avais reconnue à l'examen clinique.

A vrai dire, il n'y avait chez Louis X... ni symptômes alarmants, ni même des signes de localisation cérébrale, mais il était permis de supposer l'existence de quelque chose qui comprimait ou irritait la partie antérieure du cerveau (hématome, hypérostose cranienne).

Trépanation le 2 mars 1900: écoulement d'un liquide clair. J'agrandis la brèche osseuse et je constate: 1° que la partie correspondante du cerveau, fort déprimée en cupule, était éloignée du crâne de 6 centimètres environ; donc la dure-mère qui avait suivi le cerveau n'avait pas été lésée; 2° que la surface externe de la dure-mère était recouverte de fausses membranes d'aspect jaunâtre.

Suites opératoires des plus simples: le jeune malade se trouvait très bien; il était gai, il était devenu plus parleur et plus communicatif; il lisait toute la journée, il s'intéressait à la lecture; il mangeait bien, dormait bien et ne souffrait pas de la tête.

J'ai eu de ses nouvelles dix mois après l'opération, il allait toujours bien.

Il n'existerait que quatre autres cas probants de pseudokystes séreux sus-dure-mériens.

Au point de vue pathogénique, ces kystes seraient le résultat de la transformation d'un épanchement sanguin consécutif au traumatisme ou bien ils succéderaient à une lésion de pachyméningite hémorragique. D'après Courteville, le processus irritatif déterminé par le frottement des esquilles, amènerait à la longue une exsudation dans la cavité artificielle formée entre le crâne et la dure-mère.

La symptomatologie de ces kystes n'offre rien de bien précis; leur histoire est trop récente.

Les premiers accidents apparaissent longtemps après un traumatisme cranien. Ces accidents sont de deux ordres : troubles psychiques et troubles moteurs. Dans quelques cas on a constaté l'existence d'une déformation cranienne.

Le pronostic des pseudo-kystes sus-dure-mériens est assez sérieux, puisque ces kystes ont déterminé des crises d'épilepsie et des troubles psychiques accentués ayant pu faire croire dans un cas à de l'idiotie.

Le diagnostic est impossible. Mais prévenu par la notion d'un traumatisme ancien, par l'existence d'une dépression cranienne, on pourra et on devra, en présence de phénomènes cérébraux tardifs, songer à l'existence possible d'un pseudo-kyste sus-dure-mérien. Le diagnostic précis se fera au cours de l'intervention.

Le seul traitement applicable à ces productions kystiques, c'est évidemment le traitement chirurgical, consistant dans l'évacuation de la poche, après ouverture du crâne.

Les indications opératoires ont été très nettes dans les cas que j'ai rapportés ; les malades présentaient des crises d'épilepsie ou des troubles psychiques ; or, on constatait chez eux l'existence d'une déformation cranienne consécutive à un traumatisme. Il était donc logique d'admettre une relation directe entre ce traumatisme et ces accidents observés. Aussi fallait-il intervenir pour tâcher de faire disparaître la cause de ces accidents, qu'il se fût agi d'une compression par esquille, par hématome, par hypérostose ou par pseudo-kyste.

La technique opératoire n'offre ici rien de spécial. Il sera bon de pratiquer une brèche osseuse assez étendue, de façon à bien voir et à bien manœuvrer. On pratique en terminant un tamponnement très léger de la poche pseudo-kystique et on diminuera ce tamponnement petit à petit, de façon à permettre à la dure-mère déprimée de venir reprendre sa place normale.

Les suites opératoires ont toujours été simples. Quant aux résultats thérapeutiques, ils ont été des plus satisfaisants.

Un seul des malades atteints de pseudo-kystes sus-dure-mériens a succombé : c'est le malade de Deguerет ; or, c'est le seul qui n'ait pas été opéré.

A propos du traitement du tétanos. Deux cas d'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. Congrès français de chirurgie, 1902.

~~~

Epithélioma malpighien du front ayant perforé l'os frontal et envahi la dure-mère. Tumeur en bouton de chemise, intra et extra-cranienne. Congrès français de chirurgie, 1903.

~~~

Corne de la queue du sourcil. Société anatomique de Paris, 1888.

~~~

Le craniomètre de Krœnlein en topographie cranio-cérébrale. *Journal de médécine de Bordeaux*, 5 mars 1903.

~~~

Procédé d'extirpation du ganglion de Gasser. Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 juin 1901.

Des procédés opératoires pour l'extirpation du ganglion de Gasser. Congrès français de chirurgie, 1901.

Nouvelle observation d'extirpation du ganglion de Gasser. Société de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 novembre 1901.

Résultats de deux extirpations du ganglion de Gasser. Congrès des Sociétés savantes. Bordeaux, avril 1903.

Les voies qui permettent au chirurgien d'aborder et d'extirper le ganglion de Gasser sont au nombre de trois : voie basale, voie temporale, voie temporo-basale. Horsley, intervenant par voie temporale, a incisé systématiquement la dure-mère, alors

que tous les chirurgiens s'évertuent d'épargner cette membrane et passent entre elle et les os du crâne.

La voie temporo-basale est incontestablement celle qui donne le plus de jour.

Chez mes opérés et sur le cadavre il m'a été permis de constater : 1° que la large brèche temporo-basale permettait de soulever le cerveau sans trop le comprimer ; 2° que par sa portion basale elle permettait de se rapprocher du rocher et du ganglion ; 3° qu'elle permettait de lier facilement la méningée ; 4° qu'elle permettait aussi, grâce à son étendue, de mieux éviter la blessure des organes voisins et de remédier aux accidents, s'ils venaient à se produire.

Voici la description complète de la technique opératoire d'après ce qui a été écrit par d'autres chirurgiens, d'après ce que j'ai fait sur le cadavre et sur le vivant.

Premier temps. — Incision cutanée et dissection du lambeau. — L'incision cutanée commence sur la face externe de l'os malaire, un peu au-dessous du point de jonction de cet os avec l'apophyse zygomatique et monte, verticale, jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessus de l'apophyse orbitaire externe ; là, elle se recourbe en arrière, traverse la région temporale, pour venir aboutir un peu au-dessous du tragus. L'incision doit descendre assez bas, au-dessous de l'arcade zygomatique, pour pouvoir travailler facilement au niveau de la base du crâne. On trace donc un lambeau à convexité supérieure et à charnière inférieure, qui a la forme d'un fer à cheval. On ne dissèque que le lambeau cutané ; cependant au niveau du malaire, on entame les insertions du grand zygomatique. On pince les vaisseaux superficiels sectionnés ; il serait préférable de les lier de suite, pour ne pas être gêné par la présence des pinces.

Si les incisions cutanées descendent un peu trop bas au-dessous de la zygomatique, il faudra éviter de blesser les branches supérieures du facial, les lobules supérieurs de la glande parotide et le canal de Sténon.

Deuxième temps. — Libération et section de l'apophyse zygomatique et d'une portion du malaire.

On incise l'aponévrose temporale, en avant du côté de l'apophyse orbitaire, en arrière le long de l'incision cutanée postérieure, et en bas, au-dessus du zygoma, mais à une certaine distance de ces différents points, de façon à ménager un lambeau qui serve à la suturer à la fin de l'opération. On dégage la face interne de l'apophyse zygomatique. Ceci fait, on sectionne cette apophyse, par un trait oblique, avec une pince coupante ou au ciseau de Mac-Ewen, très en arrière, au niveau du tubercule zygomatique, en ayant soin de ne pas ouvrir l'articulation temporo-maxillaire.

Après avoir dégagé le malaire, en haut et en bas, on en pratique la section, soit avec une scie à main soit, plus facilement, avec un ciseau de Mac-Ewen. On rabat alors le fragment osseux avec le masséter qui y reste fixé et l'on a soin de séparer ce muscle du crotaphyte.

Troisième temps. — Section de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur et relèvement du muscle temporal.

On repousse en bas la masse de graisse fluide qui entoure le bord antérieur du temporal, on dégage bien les deux bords de ce muscle, puis on sectionne l'apophyse coronoïde à la pince coupante. On complète au bistouri ou aux ciseaux la section du tendon du temporal qui descend assez bas sur la face interne du coroné. Puis on relève le muscle temporal, avec la portion de coronoïde qui y reste fixée, et on détache le muscle de la fosse temporale. Chemin faisant. on lie les artères temporales. Le muscle ainsi détaché et soulevé est confié à un aide. On dénude ensuite la partie inférieure de la grande aile du sphénoïde et l'on détache ainsi l'insertion supérieure du muscle ptérygoïdien externe.

A la partie inférieure du champ opératoire, se voit alors l'artère maxillaire interne, que l'on lie au passage.

Disons, avant d'aller plus loin, qu'il est possible d'aborder la base du crâne sans section de l'apophyse coronoïde. En effet, certains sujets peuvent présenter une apophyse très peu saillante et, en abaissant le maxillaire inférieur, cette apophyse s'éloigne de la base du crâne, laissant ainsi le champ libre à

l'opérateur. Si l'on ne devait pas pratiquer la section de la coronoïde, il faudrait après l'abaissement de l'arc zygomatique détacher le muscle temporal de haut en bas.

Quatrième temps. — Dénudation de la base du crâne. Recherche, si elle est facile, des nerfs lingual, dentaire inférieur et maxillaire inférieur, reconnaissance du trou ovale.

On dénude à la rugine le plan sous-sphéno-temporal, en maintenant l'instrument entre l'os et le périoste. On repousse encore en bas le muscle ptérygoïdien externe en le détachant de l'apophyse ptérygoïde et on abaisse l'interne.

A une certaine profondeur, que Poirier évalue à 20 millimètres, on aperçoit le bord postérieur de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et le nerf maxillaire inférieur émergeant du trou ovale. Chemin faisant, si l'écoulement sanguin n'a pas obscurci le champ opératoire, on a pu rencontrer les nerfs lingual et dentaire inférieur, qui servent de jalons pour arriver sur le nerf maxillaire inférieur.

Cinquième temps. — Ouverture du crâne.

On applique 3 fraises de Doyen, l'une au niveau de la suture sphéno-temporale, l'autre au-dessus du tubercule zygomatique, la troisième en haut sur la partie dénudée de la fosse temporale, et on détache le lambeau osseux ainsi circonscrit qui ne sera pas remis en place. Puis, on agrandit la brèche sur le temporal et sur la grande aile du sphénoïde. Avec la pince-gouge ou mieux avec un maillet et un petit ciseau de Mac-Ewen, on élargit encore la brèche osseuse vers le bas, c'est-à-dire qu'on attaque le plan sous-temporal et sous-sphénoïdal, en sculptant la base du crâne, et on s'avance ainsi jusqu'aux trous ovale et petit rond. Pendant ce travail, on entame le décollement de la dure-mère.

C'est à ce moment de l'opération que la reconnaissance du trou ovale est utile et même nécessaire. Pour trouver ce trou, on se guidera d'abord sur les notions anatomiques. Il ne faut pas y attacher une très grande importance, car Taylor a montré, par ses mensurations, la très grande variabilité de situation des trous de la base du crâne. D'après Rose, sur un crâne d'homme adulte, la distance moyenne du bord antérieur de la table

externe de l'aile ptérygoïdienne au centre du trou ovale serait d'environ 18 millimètres et de 16 millimètres sur un crâne de femme.

Voici le conseil de Quénu : Lorsque la pince-gouge s'est avancée d'environ 1 centimètre au-dessous de la crête qui sépare la fosse temporale de la fosse zygomatique, enfoncez transversalement l'index gauche qui s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine du sphénoïde. Le trou ovale se trouve juste sur cette ligne ainsi que le trou petit rond. Un petit crochet spécial glissé à plat sur le doigt, puis légèrement retourné, s'engage de lui-même dans le trou ovale. Il existe bien quelquefois une lamelle osseuse unissant ces points de repère, mais cette lamelle n'apporterait pas, en général, un obstacle absolu à l'utilisation du crochet.

En outre, la découverte du lingual, du dentaire inférieur et du maxillaire inférieur mènera sur le trou ovale. Il n'est même pas indispensable de trouver ces nerfs en dehors du crâne, car lorsque le travail du côté de la base est assez avancé, en soulevant la dure-mère on aperçoit le nerf maxillaire inférieur dans sa portion intra-cranienne au moment où il pénètre dans le trou ovale.

Quoi qu'il en soit, il faut arriver à ce trou ovale et déloger le nerf maxillaire inférieur qui le traverse.

Tout près et derrière le trou ovale se voit le trou petit rond dans lequel passe l'artère méningée moyenne. Il faut s'efforcer d'ouvrir également ce trou et de lier à ciel ouvert l'artère méningée moyenne, avant ou au moment de sa pénétration dans le crâne. On lie en même temps les deux veines qui accompagnent l'artère.

C'est là un temps très important. En effet, il est plus facile de lier la méningée moyenne en cet endroit que dans l'intérieur du crâne.

Quant au principe même de la section de la méningée, il ne paraît pas discutable. Ce vaisseau maintient la dure-mère et par suite la masse cérébrale fixée au plancher cranien comme un

cordage retient à terre la nacelle d'un ballon. On est donc gêné pour soulever le cerveau tant que cet organe est retenu par la présence de la méningée moyenne. Si l'on soulève trop violemment le cerveau sans avoir sectionné la méningée, l'artère se rompt et l'on a une hémorragie fort ennuyeuse. Voilà pourquoi il est important de sectionner et de lier systématiquement la méningée moyenne, et il est préférable de pratiquer cette section et cette ligature à ciel ouvert en dehors du crâne ou au moment de sa pénétration. Pendant le temps de résection de la base du crâne, on veillera à ne pas blesser la trompe d'Eustache.

Sixième temps. — Recherche du ganglion de Gasser.

On décolle la dure-mère que l'on soulève, soulevant ainsi le lobe temporo-sphénoïdal du cerveau. Cette manœuvre doit être pratiquée avec douceur pour éviter la compression exagérée et l'attrition de la substance cérébrale.

Aussi d'Ollinger ne confie-t-il pas l'écarteur à un aide ; il estime que seule la main de l'opérateur peut accomplir une besogne aussi importante. Ceci l'oblige à n'avoir qu'une main libre.

Certains chirurgiens ont fait construire des écarteurs spéciaux, dans le but de faciliter et de rendre inoffensif le soulèvement du cerveau. Ceux que j'ai fait fabriquer sont en aluminium, très flexibles, très malléables et cependant résistants. J'en ai fait faire deux. Leur longueur est de 25 centimètres, la même pour les deux. Leur largeur est de 4 centimètres pour l'un et 3 centimètres pour l'autre. Les bords et les angles de ces écarteurs sont tout à fait mousses. Une partie de l'écarteur est enfoncée sous le cerveau à la profondeur voulue ; l'autre, extérieure, recourbée au niveau de la brèche osseuse et formant manche, vient se mouler sur la boîte cranienne, permettant de soulever le cerveau sans gêner l'opérateur et donnant à l'aide un point d'appui, de sorte que l'écarteur reste immobile. On évite ainsi les pressions répétées sur le cerveau.

Pour faciliter ce soulèvement et même pour supprimer l'emploi des écarteurs, on a proposé de mettre la tête dans l'extension forcée, en plaçant un coussin sous la nuque du malade.

J'ai moi-même placé mes opérés dans la position de Trendelenburg ; je ne crois pas que cette manœuvre m'ait rendu grand service.

Enfin pour mieux voir dans l'intérieur du crâne, on s'est servi du miroir frontal des laryngologistes.

Le cerveau étant soulevé, on va à la recherche du ganglion de Gasser. Pour cela, plusieurs moyens que l'on peut combiner, si besoin est, sont à la disposition du chirurgien. Tout d'abord on prend le nerf maxillaire inférieur, on le dégage bien, et l'on peut, en le suivant, remonter jusqu'au ganglion. En outre, la vue et le toucher complètent cette recherche. Si le champ opératoire n'est pas obscurci par le sang, on peut voir facilement la face antérieure du rocher.

Avec l'index de la main gauche, on trouvera le bord supérieur de cet os et, en abaissant la pulpe de cet index, on explorera la face antérieure du rocher. On sentira, en allant de dehors en dedans, une surface plane, puis une saillie, « eminentia arcuata », puis une dépression, et enfin une éminence — *tubercule rétro-gassérien* : c'est là le vrai point de repère, dit Princeteau.

Septième temps. — Dégagement et extirpation du ganglion de Gasser.

On isole et on sectionne les nerfs maxillaires inférieur et supérieur dans leur partie intra-cranienne. On saisit le nerf maxillaire inférieur avec une pince et on tire ainsi sur le ganglion.

On isole celui-ci sur ses faces cérébrale et cranienne. Or, on sait que ce ganglion est contenu dans une loge fibreuse dépendant de la dure-mère. Sa face postérieure est unie à la loge fibreuse par un tissu conjonctif lâche ; la face antérieure au contraire adhère à cette membrane d'une façon assez intime. Donc, l'isolement sera facile du côté de la fossette de Meckel ; il sera plus délicat du côté du cerveau. Cet isolement est indispensable ; il faut donc, à petits coups de ciseaux, détacher le ganglion de la dure-mère. On blesse quelquefois celle-ci, mais cet accident n'arrivant qu'à la fin de l'opération n'aurait pas d'importance si on opère aseptiquement.

On continue l'isolement du ganglion jusqu'à ce que le tronc du trijumeau devienne visible au niveau du bord supérieur du rocher. On saisit alors le ganglion lui-même avec une pince et on tire sur ce ganglion pour bien sectionner le trijumeau au-dessus du susdit ganglion.

Celui-ci n'est plus retenu que par la branche ophtalmique que l'on tend en tirant sur le ganglion et que l'on peut sectionner ainsi plus facilement et avec moins de risques, étant donnés les rapports de cette branche avec le sinus caverneux. La section de la branche ophtalmique constitue un temps difficile, c'est un des points délicats dans l'extirpation du ganglion de Gasser.

On a conseillé et pratiqué le simple arrachement de cette branche ophtalmique. Quoi qu'il en soit, il ne faut s'occuper de cette branche qu'à la fin de l'opération, lorsque le ganglion a déjà été séparé du trijumeau. — C'est au cours des sixième et septième temps, recherche, isolement et ablation du ganglion, que l'on est exposé à commettre des fautes sérieuses, telles que la blessure de la carotide, des sinus, etc. Pour éviter ces organes, le chirurgien s'abstiendra de travailler sur la face antérieure du rocher, au niveau de la fossette de Meckel, en évitant de laisser ses instruments s'avancer vers la pointe du rocher.

Huitième temps. — Hémostase. Remise en position des parties déplacées. Suture.

On assèche la fosse cérébrale avec des compresses stérilisées. On laisse retomber le cerveau dans la fosse cérébrale ; on fait les ligatures vasculaires nécessaires ; on rabat le muscle temporal et l'apophyse coronoïde que l'on fixe au maxillaire inférieur. On relève l'apophyse zygomatique et la partie sectionnée du malaire, que l'on remet en place ; enfin on suture l'aponévrose temporale et la peau.

En résumé, incision cutanée dépassant en bas la zygomatique, de façon à mieux arriver sur la base du crâne, large brèche osseuse permettant de bien manœuvrer dans l'intérieur du crâne, recherche et ouverture du trou ovale où se trouve le nerf maxillaire inférieur qui mène sur le ganglion de Gasser, ligature de l'artère méningée moyenne au niveau du trou sphéno-épineux,

qui évite la déchirure de cette artère et permet de soulever plus facilement le cerveau, voilà les points les plus importants de la technique dans la voie temporo-basale.

Note sur un cas de tétanos à début céphalique avec paralysie faciale. En collaboration avec le docteur Rémy, de Paris. *Gazette des hôpitaux de Paris,* 1888.

Paralysie faciale et tétanos. Du tétanos céphalique avec paralysie faciale. Tétanos hydrophobique de Rose. *Gazette des hôpitaux de Paris,* 1888.

Dans ce travail, basé sur une observation personnelle, j'ai établi d'une façon assez complète cette curieuse variété de tétanos ; c'est le premier travail d'ensemble publié en France sur cette question.

Les points les plus intéressants dans l'histoire du tétanos céphalique sont relatifs au siège de la blessure, à la symptomatologie et au pronostic.

Le siège de la blessure est un caractère de premier ordre par sa constance, car le tétanos céphalique avec paralysie faciale n'a jamais été observé que consécutivement aux blessures siégeant à la tête : ce qui ne veut pas dire, cela va de soi, que toute plaie de la région céphalique soit suivie nécessairement d'un tétanos avec paralysie faciale. En parcourant nos observations, nous sommes frappé par ce fait que, sur 28 cas, 10 fois la plaie siégeait sur le rebord orbitaire, soit en haut, sur l'arcade sourcilière, soit en bas, sur le rebord orbitaire inférieur, et, sur ces 10 cas, 6 fois la lésion siégeait à gauche.

Nous relevons encore 2 plaies de l'œil ; les autres se rapportent pour la plupart à des plaies de la racine du nez, de la tempe, de la pommette ; en un mot, les plaies qui ont été le point de départ de l'affection se sont pour ainsi dire donné rendez-vous dans une région située sur les limites de la face et

du crâne et dont la cavité orbitaire formerait le centre, région que l'on pourrait désigner, pour les besoins de la cause, sous le nom de région orbito-naso-temporo-malaire.

Le tableau clinique général d'un cas de tétanos céphalique est le suivant: Un individu, à la suite d'une lésion de la face (arcade sourcilière, dos du nez), est pris de trismus le plus souvent unilatéral au début; en même temps, ou quelques jours après, survient une paralysie faciale du même côté, de sorte que, avec la contracture du masséter, coexistent la flaccidité de la joue, la déviation de la commissure buccale, la béance des paupières.

Quelquefois (c'est extrêmement rare) la paralysie ouvre la scène et précède l'apparition du trismus.

A ces deux signes, trismus et paralysie faciale consécutifs à une plaie de la face, peuvent se joindre des troubles de la déglutition, des spasmes pharyngés qui rappellent quelquefois de loin le tableau de l'hydrophobie; encore une fois, ces phénomènes sont loin d'être constants. Enfin, les contractures tétaniques peuvent rester localisées à la face ou s'étendre et gagner le tronc et les membres inférieurs.

Etant donné que le plus souvent la marche a été chronique, que sur 28 cas, nous avons relevé 16 morts et 12 guérisons, on peut conclure que le pronostic du tétanos céphalique, accompagné de paralysie faciale grave d'une façon absolue, est cependant moins sombre que celui du tétanos ordinaire.

Le diagnostic de cette affection naguère difficile et embarrassant, alors qu'on connaissait peu la coexistence du tétanos et de la paralysie faciale, est devenu facile, grâce aux travaux publiés sur cette question. Ce diagnostic peut se résumer ainsi : toutes les fois qu'à la suite d'une plaie de la face, il survient dans cette région des phénomènes de contracture ou une asymétrie quelconque, le chirurgien doit examiner le malade avec soin et être prévenu de l'existence possible du tétanos céphalique avec paralysie faciale. Cette notion est importante, car la bizarrerie du complexus symptomatique peut, tout d'abord, faire naître

une certaine hésitation et faire perdre un temps précieux, pour l'application d'un traitement approprié.

Le diagnostic est à faire seulement avec le tétanos céphalique unilatéral, qui peut simuler une paralysie faciale du côté sain.

Le traitement est celui du tétanos ordinaire.

Névralgie faciale rebelle; résection du nerf maxillaire supérieur, du frontal, du dentaire inférieur; remarques sur le manuel opératoire. *In* Thèse Raulin, Bordeaux 1891.

Névralgie faciale datant de 19 ans. Résection du nerf frontal, du nerf maxillaire supérieur, du nerf mentonnier et d'une portion du dentaire inférieur. Guérison maintenue un an et demi après l'opération. *Journal de médecine de Bordeaux*, 21 février 1892.

A propos du traitement chirurgical de la névralgie faciale : deux nouveaux cas opérés. Société de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 décembre 1892.

Epithélioma de la face traité et guéri par la pâte arsenicale. Société de méd. et de chir. de Bordeaux, 8 mars 1901.

Réparation d'une difformité nasale par la prothèse métallique. Soc. de chir. de Paris, 1895.

Ulcération du nez. En collaboration avec M. Capdepon. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1896.

Lipomes des joues. Lipomes de la boule graisseuse de Bichat. Soc. d'anat. de Paris, 1888.

Ce travail est basé sur un cas de lipome de la boule graisseuse de Bichat que j'eus la bonne fortune d'observer à Necker, chez le professeur Le Fort, suppléé par le docteur Segond.

Ces lipomes sont très rares; je n'ai pu en réunir que quelques observations. Certains auteurs leur ont assigné un siège qui n'est pas exact. On les a, en effet, placés sous la muqueuse génienne; or, ils sont situés en dehors de cette muqueuse et du muscle buccinateur.

Ce siège permet d'établir deux catégories dans les lipomes des joues : 1° les lipomes superficiels, sous-cutanés; 2° les lipomes profonds, sous-aponévrotiques.

Le diagnostic de ces tumeurs n'est pas des plus faciles.

L'ablation des lipomes des joues peut être pratiquée, suivant les cas, par deux voies : la voie cutanée ou la voie muqueuse, voie buccale.

C'est ainsi que dans les lipomes superficiels on sera obligé d'avoir recours à l'incision cutanée, car l'incision muqueuse pratiquée dans ces cas expose à la section du canal du Sténon. De même, s'il s'agit de lipomes profonds, il faudra s'adresser à l'incision muqueuse; les avantages de cette incision sont multiples : tout d'abord, on évite ainsi une cicatrice faciale, ce qui n'est pas à dédaigner, surtout chez les femmes; puis, l'incision cutanée demanderait à être profonde pour atteindre le lipome sous-aponévrotique, d'où chances de sectionner le canal de Sténon et des filets du facial; enfin, l'opération est plus simple par la bouche, puisque le lipome n'en est séparé que par l'épaisseur du muscle buccinateur.

Une seule objection pourrait être adressée à cette méthode : c'est la difficulté d'appliquer l'antisepsie dans l'intérieur de la cavité buccale; quant à la section du buccinateur, elle semble n'entraîner à sa suite aucun trouble sérieux. Du reste, ces lipomes profonds sont si bien encapsulés, qu'une petite incision suffit pour les extirper au moyen d'une pince; on voit, en effet, par cette manœuvre, la masse graisseuse s'étirer et sortir en entier au dehors.

Ainsi donc, l'incision muqueuse constitue la méthode de choix dans les lipomes profonds. Dolbeau avait déjà insisté sur ce point et récemment encore Kœnig, après bien d'autres, a également conseillé de suivre cette voie.

Tumeur de la parotide accessoire. Société anatomique de Paris, 2 novembre 1894.

Etude anatomique et tumeurs de la parotide accessoire. *Journal de médecine de Bordeaux*, 29 mai 1904.

Les tumeurs de la parotide accessoire sont extrêmement rares. Le cas que j'ai observé est intéressant par ce fait et aussi par la nature histologique de la tumeur, épithélioma cylindrique.

Fredet et Chevassu, dans leur important travail, ont insisté sur cette observation.

Ce cas m'a permis d'étudier les tumeurs de la parotide accessoire, en général.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose du spinal et du facial. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 15 janvier 1904.

Technique de l'anastomose du facial et du spinal, du facial et de l'hypoglosse, dans le traitement des paralysies faciales. Congrès d'otologie, Bordeaux, août 1904.

Anastomose chirurgicale entre le tronc du nerf facial et le grand hypoglosse chez un chien. Retour de la motilité dans les muscles de la face. Présentation de l'opéré. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 25 novembre 1904.

J'ai pratiqué l'anastomose du facial avec le rameau trapézien de la branche externe du spinal sur le cadavre et sur le vivant. Le point délicat dans cette opération, c'est la découverte du facial ; cette découverte est assez facile, à condition d'aller chercher le nerf sur la base de l'apophyse styloïde contre le plan osseux lui-même, puis suivant une ligne oblique vers la parotide, car le facial ne fait que passer sur la styloïde. Chez mon malade, j'ai fait passer la branche du spinal au-dessous du digastrique, avant de faire la suture.

J'ai expérimenté l'anastomose du facial avec l'hypoglosse sur le cadavre et sur le chien. L'expérience pratiquée sur cet animal avec mon élève Destelle me paraît digne d'être rapportée.

L'opération est pratiquée le 7 juillet 1904. Après nettoyage de la région et anesthésie au chloroforme, une incision est tracée du côté droit, allant de la base de l'apophyse mastoïde à l'angle de la mâchoire inférieure. Après l'incision de la peau et des parties molles, la glande parotide est réclinée en avant. Le tronc du facial est recherché à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Il est alors repéré avec un fil.

Le grand hypoglosse est ensuite trouvé au-dessous du ventre postérieur du digastrique. Ce nerf est dégagé le plus haut possible, puis après l'avoir fait passer au-dessus du digastrique délicatement. pour ne pas le traumatiser trop violemment, il est également repéré à l'aide d'un fil.

Le facial est alors sectionné à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. A l'aide d'une fine aiguille le nerf est embroché d'avant en arrière avec un fil. Mais ce fil, pour plus de solidité et pour que la prise soit plus solide, est passé une seconde fois dans le bout périphérique du nerf, dans une direction perpendiculaire à la direction primitive.

Une boutonnière est alors pratiquée sur l'hypoglosse, de 2 à 3 millimètres et suivant la direction de ses fibres. Les deux bouts du fil fixés dans le facial, passés dans cette boutonnière, amènent en contact le facial qui est alors enfoui dans l'hypoglosse. Les deux bouts du fil sont alors unis l'un à l'autre pardessus le tronc de l'hypoglosse et modérément serrés pour ne pas comprimer le nerf.

On réunit les plans superficiels. A la fin de la chloroformisation, le côté droit de la face est paralysé.

La réunion se fait par première intention.

Le 13 juillet (six jours après l'opération), l'animal est soumis à l'examen électrique. Cet examen, pratiqué sous le contrôle de M. le Professeur Bergonié, au service des travaux pratiques d'électricité médicale de la Faculté de médecine. Résultat : Perte de l'excitabilité galvanique et faradique dans la zone innervée par le facial.

En juillet, août, septembre, nous avons examiné, à Bordeaux, plusieurs fois l'animal. La paralysie faciale est complète dans tout le côté droit de la face qui est inerte, l'œil ouvert, l'oreille et les lèvres pendantes. L'animal ne réagit à aucun agent extérieur ; on peut le piquer, le pincer de ce côté, la face ne se contracte pas ; on approche avec vivacité le doigt de son œil droit, l'animal ne le ferme pas.

Le 13 octobre, à un nouvel examen électrique, il semble qu'il y ait un léger retour de l'irritabilité galvanique.

Le 21 octobre, nouvel examen : on constate une réaction plus vive des muscles de la face au courant galvanique. Cette réaction est faible au courant faradique.

Le 28 octobre, l'examen électrique donne les résultats suivants : l'excitabilité faradique est très nettement revenue, elle est presque égale du côté sain et du côté opéré. On voit, entre autres muscles, se contracter le releveur de l'aile du nez, le canin — ce qui correspond aux zygomatiques — et plus nettement, si possible, l'orbiculaire des paupières.

Le retour de l'excitabilité galvanique fait écarter toute idée de réaction de dégénérescence des nerfs moteurs innervant ces divers muscles.

De plus, l'excitation de la langue à l'aide du courant faradique amène non seulement une contraction des muscles de cet organe, mais encore une contraction des muscles de la face du côté opéré.

L'examen clinique de l'animal nous fait également constater les faits suivants :

La flaccidité et l'asymétrie faciales ont disparu.

Les mouvements de la langue amènent des contractions dans les muscles de la face du côté opéré. Ce phénomène est très ne lorsqu'on fait boire ou courir l'animal. Lorsqu'il lappe ou qu'après une course il fait des mouvements de projection ou de rétraction de la langue, à chaque mouvement correspond une contraction associée de la face du côté opéré.

Si l'on siffle le chien, on rend celui-ci attentif. Il se produit alors une contraction simultanée des muscles frontaux et auriculaires des deux côtés, ce qui tendrait à prouver que les mouvements commenceraient à être volontaires dans cette portion du territoire du facial et que la rééducation se fait à ce niveau.

De cette expérience, nous pouvons conclure que :

1° Chez le chien, l'anastomose du bout périphérique du facial à l'hypoglosse amène une régénération du territoire innervé par le facial, si elle est pratiquée immédiatement après la section du facial.

2° Une greffe latérale suffit pour amener la régénération du nerf.

3° L'association fonctionnelle des mouvements de la langue et de la face du côté opéré démontre que les muscles de la face sont bien innervés actuellement par l'hypoglosse.

4° Actuellement, c'est-à-dire cinq mois et demi après l'opération, alors que la motilité est revenue depuis trois mois, il semble qu'il commence à se produire une légère rééducation qui porte sur la zone du facial innervant les muscles du pavillon de l'oreille et du front.

J'arrive à la technique de l'anastomose hypoglosso-faciale chez l'homme.

La première partie de l'opération est la même que pour l'anastomose avec le spinal : c'est la recherche du facial à sa

sortie du trou stylo-mastoïdien. Mais l'incision cutanée doit descendre moins bas, puisque le tronc de l'hypoglosse, que l'on doit découvrir dans le deuxième temps de l'opération, est situé plus haut que le rameau trapézien de la branche externe du spinal, celui-ci devant être disséqué dans l'épaisseur du sterno-mastoïdien.

La recherche de l'hypoglosse peut se faire avec la même incision cutanée; si le sujet est gras, si le nerf est profond, en un mot si sa recherche paraît difficile, on fera une autre incision, horizontale celle-ci dans la région sus-hyoïdienne; cette deuxième incision, ainsi que j'ai pu le constater sur le cadavre, donne un grand jour et, par cela même, facilite la recherche et la découverte de l'hypoglosse.

Quoi qu'il en soit, après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses cervicales superficielle et moyenne, après avoir écarté ou extirpé les ganglions de la région, s'il s'en trouve, on va à la recherche du nerf. Evidemment, il n'est pas aussi aisé de trouver l'hypoglosse que le spinal; mais, en faisant intervenir les données de la mémoire et de la vue, on y arrive assez facilement.

Taylor et Clark l'ont cherché à la partie supérieure; voici leur façon de procéder: « Le doigt introduit dans la plaie reconnaît l'apophyse transverse de l'atlas; près de cette apophyse on voit le spinal accessoire se dirigeant obliquement en bas et en dehors, puis l'hypoglosse, le pneumogastrique, la carotide interne et la jugulaire interne. En général, disent les auteurs précités, l'hypoglosse est plus superficiel que le pneumogastrique. Pour être certain que c'est bien l'hypoglosse que l'on a découvert, il faut exciter le nerf mécaniquement ou électriquement. »

Il me paraît plus simple de chercher l'hypoglosse un peu plus bas, dans cette région plus superficielle et où les notions anatomiques sont plus précises; l'angle du maxillaire inférieur, le ventre postérieur du digastrique, le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, la grande corne de l'os hyoïde, le tronc thyro-linguo-facial localisent le champ des recherches.

Ce nerf une fois trouvé, on le repère au moyen d'une anse de fil passé avec une aiguille de Deschamps; puis on le dissèque, on l'isole, de façon que le bout du facial puisse lui être rapproché sans qu'il y ait tiraillement.

Il ne reste plus qu'à réunir le facial à l'hypoglosse. Taylor et Clark procèdent de la façon suivante : tout d'abord, dès qu'ils ont sectionné le facial, ils le préparent pour la suture; deux fines soies sont passées dans la gaine du nerf, l'une en avant, l'autre en arrière, à une certaine distance de son extrémité libre; les bouts des deux fils sont laissés assez longs; avec un bistouri tranchant bien, le bout du nerf est taillé en forme de coin.

Plus tard, lorsque l'hypoglosse a été découvert et bien isolé, ils pratiquent sur ce nerf une fente longitudinale; une fine aiguille courbe est enfilée dans l'un des bouts de chaque paire de fils déjà passés à travers le tronc du facial; ces aiguilles traversent la plaie faite sur l'hypoglosse entraînant deux bouts de fils, les deux autres restant dehors; on lie les fils, sans trop serrer. La suture terminée, le bout du facial coupé en forme de coin s'applique exactement dans la brèche faite à l'hypoglosse.

Korte a simplement fixé contre l'hypoglosse le bout périphérique du facial à l'aide de deux points de suture au catgut fin.

Sur le chien, je me suis servi d'un seul fil de soie; après avoir aminci l'extrémité du facial, j'ai passé le fil d'arrière en avant sur un des côtés de la face postérieure du facial, puis l'autre bout également d'arrière en avant sur l'autre côté de la face postérieure; j'obtins ainsi une anse postérieure. Les deux bouts du fil furent passés à travers la plaie longitudinale faite à l'hypoglosse et noués au-dessus de ce nerf.

Taylor et Clark insistent avec raison sur ce point, à savoir que l'opération doit être pratiquée avec précision et délicatesse; les nerfs ne doivent pas être traumatisés, pincés ou manipulés mal à propos; les sutures doivent être faites avec de la soie fine et modérément serrées; elles ne doivent comprendre que la gaine du nerf. L'importance de ces recommandations s'explique par l'apparition de troubles, temporaires il est vrai, dans le domaine de l'hypoglosse.

Vaut-il mieux choisir le spinal ou l'hypoglosse ?

D'après ce que j'ai fait sur le vivant, sur le cadavre et sur le chien, je ne crois pas qu'il faille attribuer une grande importance au facteur difficulté opératoire invoqué contre l'hypoglosse. Certes, il est beaucoup plus facile de trouver le spinal que l'hypoglosse; mais la recherche de ce dernier nerf ne constitue pas une manœuvre bien compliquée.

On a adressé deux reproches à l'anastomose spino-faciale : 1° la destruction partielle ou totale du spinal entraîne de l'atrophie et de la paralysie de l'épaule : 2° si l'anastomose réussit, elle provoque une synergie des muscles de la face et de l'épaule. Dans ces conditions, la contraction voulue ou involontaire des muscles de l'épaule détermine des contractions simultanées dans la moitié correspondante de la face. Le malade de Cushing présentait très nettement les phénomènes de contractions involontaires des muscles de la face dans les mouvements d'élévation du bras.

Ces inconvénients ne s'observeraient pas, bien entendu, avec l'hypoglosse ; mais ce qui plaiderait encore en faveur de ce dernier nerf, c'est que le centre cortical du facial est plus rapproché de celui de l'hypoglosse que de celui du spinal, et que les noyaux bulbo-protubérantiels du facial et de l'hypoglosse sont unis par la bandelette longitudinale postérieure. Ces dispositions anatomiques, pense-t-on, pourraient rendre plus rapide et plus complète la rééducation des mouvements de la face.

Aussi, malgré la crainte de quelques troubles du côté de la langue, tend-on à donner la préférence à l'hypoglosse. D'autant que ce tronc nerveux est plus volumineux que le rameau trapézien de la branche externe du spinal qu'on utilise pour l'anastomose spino-faciale ; c'est encore un facteur dont il faut tenir compte.

Prozier a proposé de sectionner complètement l'hypoglosse et de le suturer bout à bout au facial.

Pour expliquer sa conduite, il invoque les raisons suivantes :

1° La suture bout à bout est plus facile à pratiquer;

2° Elle amène une régénération plus active ;

3° La rééducation du centre cortical est plus commode, ce centre ne devant agir que sur le nouveau groupe musculaire ;

4° La paralysie de la langue et des autres muscles innervés par l'hypoglosse est relativement de peu d'importance.

Les trois premières raisons sont excellentes ; mais la dernière est inadmissible, car on ne peut pas se décider à établir, de parti pris, une paralysie permanente de la langue.

La tâche du chirurgien n'est pas terminée lorsque l'anastomose a été établie ; il est de toute nécessité de s'occuper du traitement ultérieur, consistant en massage, électrisation, poursuivi avec patience pendant des mois. Plus tard, le malade sera soumis à des exercices systématiques pour développer ses muscles et coordonner ses mouvements. Taylor et Clark insistent sur l'importance de ces exercices, dont la valeur serait supérieure à celle du massage et de l'électricité.

En résumé, la technique de l'anastomose spino ou hypoglosso-faciale est maintenant bien établie et, pour les raisons déjà signalées, on tend à préférer l'anastomose du facial avec l'hypoglosse. J'insiste de nouveau sur l'importance du traitement post-opératoire.

~~~

Kyste hydatique du masséter. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 13 janvier 1902.

~~~

Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. Société clinique de Paris et *France médicale*, 1886.

~~~

Langue noire. Présentation de malade. Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1er avril 1895.

~~~

Arrachement d'un segment de l'artère linguale au cours de la ligature de cette artère en dehors du triangle hypoglosso-hyoïdien, au-dessous du tendon digastrique. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 24 mars 1899.

~~~

Observations de goitres parenchymateux traités par les injections de teinture d'iode. *In* Thèse Thierry, Paris 1886.

~~~

A propos de l'exothyropexie. *Bulletin médical*, 1894.

~~~

Thyroïdectomie. *In* Thèse Duboé, Bordeaux 1897.

~~~

Volumineuse tumeur maligne du corps thyroïde. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1905.

~~~

De la trachéotomie suivie d'insufflation dans les accidents graves de l'anesthésie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 2 octobre 1896.

Dans les accidents graves de l'anesthésie, lorsque la situation est réellement sérieuse et que les moyens ordinaires destinés à rappeler le malade à la vie ont échoué, on doit pratiquer rapidement la trachéotomie, introduire une canule dans la trachée et faire l'insufflation pulmonaire avec un soufflet : cette manœuvre m'a rendu de réels services, elle a été conseillée par P. Thiery (de Paris).

~~~

Épithélioma du larynx. Laryngectomie. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 décembre 1892.

Lipome du cou adhérent à la trachée. Extirpation. Guérison. En collaboration avec M. Ginestous. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 23 novembre 1896.

Lipome sus-acromial. En collaboration avec M. Souris. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1892.

Lipome de la région sus-claviculaire droite. Extirpation. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 16 mai 1898.

Kyste hydatique du trapèze. *In* Thèse Marguet. Thèse de Paris, 1888.

THORAX ET COLONNE VERTÉBRALE

Kyste hydatique intra et extra-thoracique. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 28 novembre 1892.

Volumineux kyste séreux congénital de la paroi antéro-latérale du thorax. Thèse de Daraignez, Bordeaux 1893.

Luxation du sternum. En collaboration avec M. Texier. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 février 1896.

Cancer du sein et galactocèle. Soc. anatom. de Paris, 2 novembre 1894.

~~~

Deux cas de tumeur du sein chez l'homme. Thèse Guéguan, Bordeaux 1903.

~~~

Trois observations de tumeurs malignes bilatérales du sein. Thèse Bellonne, Bordeaux 1904.

~~~

Kyste simple du sein gauche. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 25 mai 1903.

Kystes simples de la mamelle. *Journal de méd. de Bordeaux*, 25 octobre 1903.

A côté de la maladie kystique de Reclus et des néoplasmes kystiques, on peut trouver dans le sein des kystes simples ou essentiels. Ces kystes de la mamelle sont très rares, puisqu'il n'en existerait que trois observations authentiques, en ne tenant pas compte des miennes.

L'histoire clinique et anatomo-pathologique des kystes simples de la mamelle peut être résumée en quelques mots :

Cliniquement, ces kystes sont caractérisés par la présence d'une tumeur unilatérale, le plus souvent indolore, mobile et rénitente, ne s'accompagnant ni d'adénopathie ni de retentissement sur l'état général.

Au point de vue anatomo-pathologique, ils sont constitués par une paroi exclusivement formée de tissu conjonctif, recouverte d'un épithélium pavimenteux remarquable par les dimensions de ses cellules et par les formes variables que celles-ci peuvent revêtir.

La pathogénie des kystes simples de la mamelle paraît liée à
~~~

l'existence d'un certain degré d'inflammation chronique de la glande. Le pronostic est bénin.

On pourrait avoir recours, dans le traitement de cette affection, à la ponction, suivie de l'injection d'un liquide modificateur. Mais l'extirpation au bistouri constitue une méthode plus rationnelle et plus sûre.

Le diagnostic de ces productions kystiques est des plus importants. On doit, en effet, se méfier toujours des tumeurs liquides du sein, car elles cachent le plus souvent un néoplasme. Aussi, le point saillant du diagnostic consiste-t-il à déterminer si la tumeur liquide est bien indépendante et autonome. Cette constatation peut être quelquefois difficile; on a eu des surprises à ce sujet. C'est une des raisons pour lesquelles il est préférable d'extirper le kyste. De la sorte, on ne s'exposera pas à laisser évoluer une tumeur maligne qui pourrait être difficilement appréciable par le simple examen clinique.

Un cas d'abcès froid thoracique d'origine pulmonaire. Pathogénie et traitement des abcès froids thoraciques. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 novembre 1904.

En présence d'un abcès froid thoracique, on a le choix entre deux méthodes thérapeutiques : la ponction, suivie de l'injection d'un liquide modificateur (éther iodoformé le plus souvent), ou l'intervention sanglante. La ponction, suivie d'injection modificatrice, est à peu près abandonnée par les chirurgiens ou n'est appliquée qu'à titre d'essai. Le plus souvent, en effet, le liquide injecté n'atteint pas la lésion causale. L'intervention sanglante constitue la méthode courante et voici comment on procède, en général : après incision des parties molles, on cherche à extirper la poche ou plus communément on gratte la face interne de cette poche avec une curette et, si les côtes ne paraissent pas malades, on fait un attouchement au chlorure de zinc; puis on suture la peau, en ménageant un orifice pour le passage d'un drain.

Quoi qu'il en soit, on se borne volontiers à une intervention

extra-thoracique; ce n'est que lorsqu'il y a une lésion costale évidente que l'on se décide à attaquer les côtes. C'est d'ailleurs la conduite indiquée par certains classiques. Cette manière d'agir ne répond pas à la pathogénie la plus fréquente des abcès froids thoraciques; elle tient peu compte des lésions costales et néglige tout à fait les lésions sous-costales.

Aussi qu'arrive-t-il? C'est que les malades conservent une fistule intarissable ou, s'ils semblent tout d'abord guéris par l'intervention, ils ne tardent pas à voir survenir une récidive. On voit constamment dans les services de chirurgie des malades opérés deux, trois, quatre fois sans résultat. J'ai connu un malade qui avait subi dix interventions pour un abcès froid thoracique considéré au début comme de peu d'importance.

Les abcès froids thoraciques, reconnaissant le plus souvent pour cause une lésion osseuse ou pleuro-pulmonaire, on comprendra facilement que les interventions extra-costales soient inefficaces, puisqu'elles ne s'attaquent pas au point de départ de ces abcès.

Pour appliquer un traitement rationnel, il faut se rappeler que, souvent, les abcès froids thoraciques sont d'origine pleuro-pulmonaire; j'ai observé trois cas qui viennent à l'appui de cette opinion.

Aussi, on ne saurait trop répéter la formule suivante : après l'incision d'un abcès froid thoracique, il faut toujours chercher à se rendre compte de l'état des côtes et de l'espace sous-costal. En agissant ainsi, on s'épargnera bien des déboires et l'on évitera au malade les ennuis des interventions réitérées.

De la ligature temporaire de l'aorte thoracique. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1892.

Interventions chirurgicales sur le médiastin postérieur. Historique et technique opératoire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 juin 1903.

Des voies d'accès vers le thorax. Congrès français de chirurgie, 1906.

On peut être appelé à pénétrer dans le médiastin postérieur pour évacuer des collections purulentes simples ou d'origine tuberculeuse. Mais ces interventions ne sont pas comparables à celles qui ont pour but d'ouvrir le médiastin postérieur sain, pour agir sur l'œsophage, la trachée et les bronches.

J'ai particulièrement étudié sur le cadavre et sur le chien la technique opératoire applicable à la recherche de l'œsophage.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de l'incision, c'est-à-dire sur le côté par lequel il faut pénétrer dans le médiastin postérieur. Dans nos expériences sur le cadavre et sur le chien, nous avons constaté très nettement que, à moins d'avoir affaire à une lésion tout à fait supérieure, la voie médiastine droite permettait d'atteindre plus facilement, plus directement, une plus grande étendue d'œsophage. En outre, cette voie est moins dangereuse, puisqu'on n'a pas à redouter de ce côté une lésion de l'aorte. L'écueil de la voie droite, c'est le cul-de-sac pleural rétro-œsophagien, qui s'invagine entre le plan vertébral et l'œsophage. Ce cul-de-sac a été différemment décrit et figuré par les auteurs ; il semble même qu'on en a exagéré l'étendue, du moins en hauteur. Potarca l'a décrit d'une façon plus précise que ses devanciers ; il résulte de ses recherches que le cul-de-sac de la plèvre droite, peu prononcé au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales, ne s'accuse véritablement qu'au niveau des sixième et septième et ne devient très profond qu'au niveau des huitième, neuvième et dixième dorsales. La difficulté n'existerait donc que pour l'espace compris entre les sixième et dixième vertèbres dorsales. Potarca ajoute que le coude rétro-œsophagien est faiblement uni aux parois du conduit et que, dès que la plèvre costo-vertébrale est détachée, il glisse en dehors sans se rompre sous la plus faible pression du bout du doigt.

Pour l'incision des parties molles, la simple incision longitudinale parallèle au rachis, située entre cette tige osseuse et le

bord spinal de l'omoplate, m'a paru suffisante; elle présente sur le volet l'avantage de pouvoir être allongée facilement en haut et en bas, s'il est nécessaire.

Après résection des côtes et décollement de la plèvre, on va à la recherche de l'œsophage ; cette recherche m'a semblé facile sur le cadavre et sur le chien. On mobilise ce conduit en évitant de blesser les vaisseaux de la région : artères et veines intercostales droites qui, on le sait, croisent les faces antéro-latérales des corps vertébraux, veine azygos ; si celle-ci devient gênante par sa situation, on la coupe entre deux ligatures. L'aorte ne se voit guère du côté droit ; quant aux pneumogastriques, ils restent le plus souvent invisibles. Mais il faudrait bien examiner la paroi œsophagienne avant de la réséquer.

Dans le cas de rétrécissement, il est bon d'introduire par la bouche un cathéter approprié qui guidera le chirurgien sur le siège de la lésion ; puis on pratique une incision longitudinale. On pourrait être amené aussi à pratiquer une incision circulaire, c'est-à-dire une résection du conduit, une œsophagectomie. L'incision longitudinale suffirait dans le cas de corps étranger. La saillie de ce corps étranger servirait de guide au chirurgien. Dans le cas de cancer, il faudrait nécessairement faire une ablation large. Pour cela, l'œsophage est lié avec un fil de soie au-dessus et au-dessous du néoplasme et sectionné au thermocautère.

Rehn avait conseillé de placer une sonde dans le conduit œsophagien pour permettre l'alimentation ; cette pratique n'est pas acceptée ; il est préférable d'avoir recours à une gastrostomie.

J'ai répété le procédé de Faure destiné à réséquer l''œsophage cancéreux. Dans ce procédé, après avoir sectionné l'œsophage dans la région cervicale, on attire le bout inférieur dans le médiastin postérieur et on le résèque. Un autre point original dans le procédé de Faure, c'est la section ou même la résection de la deuxième et de la première côte ; cette section permet un réel écartement des bords de la plaie.

Milton (du Caire) a proposé, pour pénétrer dans le médiastin

antérieur et même dans le médiastin postérieur, d'inciser le sternum sur la ligne médiane. Cette méthode est nettement indiquée lorsqu'on veut agir sur le médiastin antérieur ; la voie sternale s'impose, d'ailleurs, dans ces cas. J'ai pratiqué cette opération plusieurs fois sur le cadavre et je me suis rendu compte que l'incision longitudinale du sternum donnait un jour très insuffisant. Car il est bon de faire remarquer que, dans son opération sur le vivant, Milton a dû extirper une partie du sternum dégénéré, ce qui lui a permis d'enlever des masses ganglionnaires tuberculeuses qui occupaient le médiastin antérieur. Pour opérer sûrement, j'ai dû sectionner le sternum transversalement, après avoir sectionné les cartilages costaux, et le soulever de bas en haut.

Quant à vouloir s'attaquer aux organes du médiastin postérieur par la voie sternale, c'est une entreprise peu pratique. En effet, cette voie ne donne accès que sur la partie supérieure du médiastin postérieur ; la recherche de l'œsophage nous a semblé plus difficile que par la voie postérieure. Milton, dans son travail, ne parle ni de l'aorte ni des gros vaisseaux qui en partent ; or, ces organes nous ont gêné dans nos expériences cadavériques. La voie antérieure pourrait être utilisée dans les cas de corps étrangers de la trachée et de la portion supérieure de l'œsophage thoracique.

~~~

La suture des plaies du cœur. Etude expérimentale. Technique opératoire. Phénomènes observés pendant l'intervention. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er octobre 1901.

Chirurgie du cœur. Etude expérimentale. Congrès français de chirurgie, 1902.

D'abord seul, puis avec mon élève Manine, j'ai pratiqué des expériences sur le chien, au sujet de la suture des plaies du cœur.
~~~

Nous avons étudié : les effets de l'anesthésie, la technique opératoire, les phénomènes observés au cours de l'opération, l'emploi du sérum, l'utilité de la trachéotomie et de l'insufflation pulmonaire, la conduite à tenir en présence d'un corps étranger implanté dans le cœur.

De ces recherches, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° La suture des plaies du cœur devrait représenter le type des opérations d'urgence. Malheureusement, elle ne peut pas être pratiquée d'une façon efficace par n'importe quel praticien ;

2° Elle doit être exécutée très rapidement ;

3° Elle exige une grande propreté ;

4° Il est préférable de faire cette opération sous le sommeil anesthésique ;

5° La voie abdomino-diaphragmatique permet d'aborder et d'explorer assez facilement le cœur ; elle doit être moins grave que la voie thoracique, car elle évite le pneumothorax. Mais elle offre un champ d'action bien plus limité, ses indications seront donc plus restreintes ;

6° Le volet thoracique, comprenant les parties molles et le plan osseux, doit remplir les trois grandes conditions suivantes : 1° être d'une exécution prompte et facile ; 2° permettre de découvrir et de fermer la plaie cardiaque, quel que soit son siège ; 3° se rabattre facilement de façon à ne pas gêner l'opérateur.

Le volet à charnière verticale et externe de Fontan, agrandi par Manine, est celui qui remplit le mieux les conditions énoncées ;

7° On devra tâcher d'éviter la plèvre lorsqu'elle est intacte. Si elle a été ouverte par l'agent vulnérant, il serait préférable de la nettoyer et de la suturer avant d'inciser le péricarde, tout en veillant sur l'hémorragie cardiaque ;

8° Le meilleur moyen de fixer le cœur pendant la suture, c'est de le saisir avec la main gauche passée sous sa face postérieure ;

9° L'aiguille fine de Reverdin nous a paru très commode

pour pratiquer la suture. Elle ne doit pas traverser toute l'épaisseur de la paroi cardiaque, et les orifices d'entrée et de sortie seront à une certaine distance des bords de la plaie ;

10° On peut se servir indistinctement de fil de soie ou de catgut ;

11° Le surjet est préférable aux points séparés ;

12° Dans le cas de plaie des oreillettes, la ligature doit remplacer la suture ;

13° A moins de circonstances spéciales, il est préférable de ne drainer ni la plèvre ni le péricarde ;

14° D'après nos expériences, l'emploi du sérum artificiel ne paraît pas recommandable au cours de l'opération. En effet, l'injection sous-cutanée est illusoire ; quant à l'injection intraveineuse, elle n'amène que peu ou pas de liquide dans le cœur gauche et offre ce gros inconvénient de dilater outre mesure les cavités droites ;

15° La trachéotomie et l'insufflation pulmonaire peuvent rendre de grands services au cours de l'intervention en luttant contre la rétraction pulmonaire. Cette insufflation favoriserait le passage du sang dans le ventricule gauche ;

16° En présence d'un corps étranger implanté dans le cœur, on se comportera de deux façons différentes. S'il est petit, une aiguille, par exemple, on pourra le retirer directement ou mieux après incision des parties molles et dégagement de l'instrument dans une certaine étendue avant la traction.

Mais s'il est d'un certain calibre, on ne devra procéder à son extraction qu'à ciel ouvert, après avoir taillé un volet thoracique. En effet, nos expériences ont confirmé ce principe, qu'il était facile de prévoir ; tant que l'instrument est en place, pas d'hémorragie, que la plaie soit pénétrante ou non ; dès que l'instrument est enlevé, il y a écoulement de sang.

Abord du cœur par voie abdomino-diaphragmatique.

Congrès français de chirurgie, 1902.

Sur le cadavre et sur le chien j'ai pratiqué la laparotomie et l'incision du diaphragme pour pénétrer dans le péricarde et arriver sur le cœur. Cette voie abdomino-diaphragmatique doit être moins grave que la voie thoracique, parce qu'elle évite le pneumothorax. Mais elle donne peu de jour lorsqu'on veut agir sur une lésion cardiaque. Elle ne pourrait être utilisée que pour pratiquer le massage du cœur, ainsi que l'ont fait Poirier et Mauclaire.

J'ai répété aussi le procédé de Larrey, qui avait conseillé, pour inciser le péricarde, la voie épigastrique extra-péritonéale. Ce procédé donne très peu de jour.

Du traitement chirurgical du rétrécissement mitral.

Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 21 mars 1902.

Dans un but d'intérêt scientifique et aussi pour m'exercer à la chirurgie intra-thoracique, j'avais pratiqué sur le chien des expériences sur la section de la valvule auriculo-ventriculaire gauche. Lauder-Brunton ayant publié le résultat de ses recherches sur le même sujet, je me décidai à faire connaître ce que j'avais fait.

Lauder-Brunton s'est servi de fins couteaux de la grosseur d'une forte aiguille. J'avais songé aussi à pénétrer dans le ventricule par simple ponction en me servant d'instruments de petit calibre. Mais il m'avait semblé qu'en opérant ainsi on devait agir à l'aveugle. Aussi ai-je attaqué plus largement le ventricule gauche avec le bistouri, de façon à tomber directement sur la valvule mitrale.

Voici comment j'ai procédé:

Taille d'un volet thoracique à charnière verticale externe. Le thorax ouvert, j'incisais le péricarde de haut en bas, dans toute

l'étendue de la face antérieure des ventricules, la main gauche était passée sous la face postérieure du cœur, pour le bien fixer. Puis, j'incisais profondément le ventricule gauche à sa partie supérieure, au-dessous de la zone auriculo-ventriculaire, à gauche du sillon médian antérieur et des vaisseaux coronaires antérieurs. Dès que toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire était incisée et que le sang jaillissait à travers l'orifice de la plaie, j'introduisais un doigt dans l'intérieur du ventricule et j'allais examiner l'orifice auriculo-ventriculaire et la valvule mitrale. Pendant ce rapide examen, mon doigt faisait l'hémostase. Après quoi, j'introduisais à travers la plaie ventriculaire un bistouri ou des petits ciseaux, pour sectionner la valvule. Ceci fait, pendant que je prenais la fine aiguille de Reverdin, le pouce de la main gauche (les autres doigts restant derrière le cœur pour l'attirer et le fixer) venait obturer la plaie faite au ventricule, que je suturais au moyen d'un surjet au catgut. Il ne restait plus qu'à suturer le péricarde et à refermer la cage thoracique.

L'opération ainsi conduite peut être menée très rapidement : montre en main, je la pratiquai en douze minutes en comptant à partir du premier coup de bistouri sur la peau jusqu'à la suture complète du péricarde.

On pourrait, avant d'inciser le ventricule, placer un fil, c'est-à-dire amorcer la suture. On irait ainsi plus vite.

Les deux facteurs qui assombrissent l'intervention sur la valvule mitrale sont l'hémorragie et l'asphyxie par affaissement pulmonaire ; affaissement pulmonaire qui, je le répète, empêche en outre le passage du sang du ventricule droit dans le ventricule gauche.

De ces deux accidents, le second me paraît être de beaucoup le plus grave. En effet, la perte de sang n'est pas considérable ; on peut arriver à la rendre presque insignifiante, en allant vite et en obturant la plaie avec le pouce de la main gauche. Si l'hémorragie était sérieuse, on pratiquerait une injection intraveineuse de sérum après la suture, ou mieux encore, dans les cas graves, une injection par la carotide.

Je ne chercherai pas à discuter les indications ni les résultats possibles de la section de la valvule mitrale, opération à laquelle on peut adresser toutes sortes d'objections et des mieux fondées. On ne songe pas pour le moment à sectionner sur l'homme un rétrécissement mitral comme on sectionne un rétrécissement de l'urètre.

Je le répète, sans la publication de Lauder-Brunton, je n'aurais pas communiqué des expériences que j'avais pratiquées pour moi, dans un but de curiosité scientifique, et aussi pour m'exercer à la chirurgie intra-thoracique.

Fracture de la colonne vertébrale. Trépanation du rachis quatre jours après l'accident. Grande amélioration. Congrès français de chirurgie, 1893.

Expériences avec M. Marion **au sujet des fractures de la colonne vertébrale et de la possibilité de dégager la moelle dans ces fractures.** *In* Thèse Marion, 1893.

Avec mon élève Marion, j'ai cherché à contrôler l'opération de Chipault et à voir si la mobilisation de la moelle était facile et l'introduction des instruments possible entre la moelle et les vertèbres.

Pour déterminer des fractures du corps vertébral, nous nous sommes servis du procédé recommandé par Ménard : la chute sur la nuque et sur la tête.

Première expérience. — Il a été facile de mobiliser la moelle et d'arriver facilement sur la face postérieure du corps vertébral en passant par le canal rachidien. La fracture du corps de la vertèbre n'était pas telle que la moelle fût comprimée par un fragment dépendant du corps lui-même.

Deuxième expérience. — Comme précédemment. En somme, dans la trépanation pour fracture du rachis on peut mobiliser

la moelle et aller ainsi à la recherche d'un fragment antérieur dépendant du corps vertébral.

Deux cas de redressement des gibbosités pottiques par le procédé de Calot. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1er octobre 1897.

De la ponction lombaire. A propos de quelques cas personnels. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 8 mai 1896.

Un cas de ponction lombaire pour traumatisme cranio-encéphalique. *In Travaux de neurologie* de Chipault. Paris 1897.

Deux observations de ponction lombaire à la suite de traumatismes du crâne. *In* Thèse Vignes, 1906.

Dans ces deux cas, la ponction lombaire a fourni un liquide hémorragique. Mais cette coloration du liquide céphalo-rachidien ne permet pas de différencier sûrement la contusion du cerveau de la fracture du crâne; elle permettrait seulement d'écarter la simple commotion cérébrale.

Quoi qu'il en soit, la ponction lombaire rend de réels services, comme agent thérapeutique, dans certains traumatismes du crâne chez des malades dont la perte de connaissance se prolonge. Dans les deux cas dont il est question ici, il y avait des phénomènes assez sérieux et les deux malades ont bien guéri.

Anesthésie chirurgicale médullaire par injection sous-arachnoïdienne lombaire de chlorhydrate de cocaïne. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 novembre 1900.

De la rachicocaïnisation. Congrès français de chirurgie, 1901.

Dans ces deux publications, j'ai étudié la technique et les résultats de l'anesthésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne.

Les opérations pratiquées avec ce mode d'anesthésie ont été les suivantes :

Laparotomies pour : Kystes de l'ovaire, — cancer de l'utérus, — éventration, — occlusion intestinale, — contusion de l'abdomen, — néoplasme du cæcum, — péritonite tuberculeuse, — appendicites.

Tailles hypogastriques ; — extirpation d'un fibrome de la paroi abdominale ; — cures radicales de hernies inguinales ; — cures radicales d'hémorroïdes ; — fistules à l'anus ; — fistules du périnée ; — paraphimosis ; — urétrotomie interne ; — urétrotomie externe ; — castration ; — kyste de la grande lèvre ; — curettages utérins ; — curettage et amputation du col ; — fistule vésico-vaginale ; — extirpation de languette vaginale ; — curettages du fémur ; — amputation de cuisse ; — curettage du genou ; — extirpation d'un corps étranger de la jambe ; — résection des deux os de la jambe ; — amputation de jambe ; — extirpation d'un sarcome de la plante du pied ; — extirpation d'un sarcome du thorax et d'un lipome adhérent de la nuque sur le même sujet.

La technique suivie a été celle indiquée par Tuffier. J'ai insisté sur certains points de détail : 1° attitude à donner au sujet : sujet assis au bout d'une des extrémités de la table à opérations ; 2° se servir d'une aiguille armée d'un fil d'argent, car un petit caillot peut obstruer l'aiguille et empêcher l'écoulement du liquide céphalo-rachidien ; or, on ne doit injecter la cocaïne que lorsque le liquide céphalo-rachidien a commencé à couler. Si ce liquide ne coule pas, le fil d'argent ayant été

retiré, il faut remettre le fil dans l'aiguille et le faire fonctionner avant de se décider à pratiquer une deuxième ponction. Cette remise du fil peut être assez délicate, car les aiguilles sont construites de telle façon que le corps de l'instrument vient faire saillie dans l'intérieur de l'embout. Le fil s'égare entre les parois de l'aiguille et celle du susdit embout et l'on a souvent beaucoup de peine à trouver l'orifice central. C'est pour faciliter cette recherche d'orifice que j'ai prié M. Creuzan de me fabriquer des aiguilles à embout arrondi, sans saillie intérieure ; de la sorte, le fil trouve facilement sa voie. Cette disposition sera applicable à toutes sortes d'aiguilles.

Pour les injections, je me suis servi d'abord d'une solution de cocaïne stérilisée au bain-marie par MM. Hallion et Carrion (de Paris), puis de celle stérilisée à l'autoclave par MM. Barthe et Soulard (de Bordeaux). Les doses injectées ont varié de 2 à 4 centigrammes.

Je dois dire que mes injections n'ont jamais été suivies d'accidents.

D'après mes observations personnelles, je puis tirer les conclusions suivantes :

1° La rachi-cocaïnisation est facile à pratiquer, si l'on suit exactement la technique indiquée. Elle est peu ou pas douloureuse ;

2° Elle n'est pas grave, je n'ai observé aucun accident sérieux, ni immédiat, ni consécutif ;

3° Les résultats ont été les mêmes avec la cocaïne, stérilisée par des passages successifs au bain-marie, qu'avec la cocaïne stérilisée à 120° à l'autoclave ;

4° L'analgésie obtenue remonte, en général, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du rebord costal. On peut la voir remonter plus haut sur le thorax, gagner quelquefois les membres supérieurs et atteindre plus rarement le cou ;

5° La durée est suffisante pour permettre de pratiquer des opérations assez longues et sérieuses (amputations, laparotomies).

Je dirai, sous forme de conclusion générale, que l'analgésie obtenue par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne n'est pas

une méthode de choix, car elle constitue une petite opération préliminaire, mais elle mérite d'être étudiée, à cause de ses avantages. Tout d'abord, elle supprime un aide, considération importante à la campagne et en chirurgie de guerre. Elle permet d'opérer des malades atteints d'affections pulmonaires qu'il serait imprudent de soumettre à l'action de l'éther et du chloroforme. En outre, elle facilite certaines manœuvres ; le patient, ayant toute sa connaissance et la liberté de ses mouvements, peut faciliter la tâche du chirurgien ; on peut dire au malade de se déplacer dans tel ou tel sens, on peut le prier de se soulever pour lui faire le pansement, pour passer un bandage de corps, pour faire un spica de l'aine, etc.

De même, au cours de la cure radicale de la hernie, en faisant tousser le malade, on voit bomber le sac. Pour trouver le bout postérieur de l'urètre, dans l'urétrotomie externe, on peut dire au malade de faire fonctionner sa vessie.

Ce sont là autant d'avantages en faveur de la méthode de l'anesthésie médullaire.

PAROI ABDOMINALE

Des tumeurs de l'ombilic. Thèse de doctorat, Paris 1886.

Des tumeurs de l'ombilic. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 15 mars 1890.

Tumeur maligne secondaire de l'ombilic. — De l'importance de certaines tumeurs de l'ombilic au point de vue du pronostic. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux et *Journal de méd. de Bordeaux*, 1891.

Cancer de l'ombilic. Thèse Guiselin, Bordeaux 1906.

Situé au centre de la paroi abdominale antérieure, l'ombilic représente un petit Etat dans l'Etat, un petit centre où se donnent rendez-vous les affections les plus variées.

Parmi ces affections, les plus intéressantes sont les tumeurs. Ces tumeurs peuvent être divisées en :

- Tumeurs de l'ombilic
  - Bénignes....
    - Tumeurs vasculaires.
      - Angiomes.
      - Lymphocèles.
    - Granulomes.
    - Adénomes.
      - Intestinal.
      - Stomacal.
    - Kystes.
      - Sébacés.
      - Dermoïdes.
    - Fibro-papillomes.
    - Myxomes.
  - Malignes....
    - Sarcomes.
    - Epithéliomes.
      - Primitifs.
      - Secondaires.
    - Carcinomes.
      - Primitifs.
      - Secondaires.

Les unes s'observent surtout chez l'enfant, les autres chez l'adulte.

Nous avons réuni dans un même travail toutes les tumeurs de l'ombilic (enfant et adulte) et nous avons tâché de les étudier aussi complètement que possible. Nous avons complété l'histoire du granulome et de l'adénome ombilical ; nous avons proposé une division des adénomes en intestinal et stomacal.

Nous avons tracé l'histoire du cancer secondaire de l'ombilic et étudié ses rapports avec le cancer des organes intra-abdominaux. A ce sujet, nous avons tiré les conclusions suivantes :

1° Le cancer secondaire de l'ombilic peut être la conséquence d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen ; son degré de fréquence n'est pas encore bien établi ;

2° Ce cancer secondaire débute toujours par la face péritonéale de l'ombilic : il semble lié à la présence d'une péritonite cancéreuse et se développe peut-être le long des vaisseaux du ligament suspenseur du foie ;

3° Cette manifestation a une grande importance au point de vue du diagnostic : elle permet de préjuger une mort prochaine ;

4° Le chirurgien devra être très réservé dans le traitement local des tumeurs carcinomateuses de l'ombilic, et devra se souvenir qu'elles peuvent être consécutives à une affection cancéreuse d'un des viscères abdominaux et dans cette éventualité toute ablation est absolument contre-indiquée.

A propos du diagnostic, nous avons attiré l'attention sur l'erreur qui consiste à prendre une tumeur maligne pour un phlegmon de la région ombilicale,

Le traitement des tumeurs de l'ombilic est un traitement sanglant. Suivant les cas, on devra pratiquer soit une simple extirpation de la tumeur, soit une véritable omphalectomie.

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. Extirpation. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 20 février 1899.

Volumineux fibro-sarcome de la paroi abdominale. Extirpation. Guérison. Congrès français de chirurgie, 1899.

Plaie de l'abdomen par fusil de chasse. Curieux trajet de la charge. Fracture de l'os iliaque. Intervention. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 14 octobre 1898.

Six cas de laparotomie exploratrice. Congrès internat. de méd. de Rome et *Archives provinciales de chirurgie*, 1894.

Volumineuse hernie épigastrique. Cure radicale. Guérison. En collaboration avec M. Mongie. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 14 mars 1898.

Volumineuse hernie épigastrique chez un homme obèse. Cure radicale. Guérison. Congrès français de chirurgie, 1898.

Procédé de cure radicale de la hernie inguinale : procédé de Bassini. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, janvier 1894.

Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini. Présentation de malades. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 mars 1895.

De la suture en masse dans la technique de la cure radicale de la hernie inguinale. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, janvier 1897.

Treize observations de cure radicale de hernies inguinales par le procédé de Bassini. Paucot, Thèse de Bordeaux 1896.

Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales. Congrès français de chirurgie, 1897.

Le procédé de cure radicale de la hernie inguinale communément employé aujourd'hui, c'est celui de Bassini (de Padoue), décrit par cet auteur en 1889. Bien qu'accepté par les professeurs Berger et Tillaux, ce procédé est resté longtemps ignoré ou du moins délaissé en France, ainsi que l'on peut s'en convaincre par la lecture des journaux ou des comptes rendus des Sociétés savantes.

Pour ma part, ayant eu la bonne fortune de me faire expliquer l'opération de Bassini par l'auteur lui-même à Padoue, en 1893, au cours d'une mission scientifique en Italie, l'ayant vu pratiquer à Pise et à Rome, je fus réellement séduit. Aussi, après l'avoir répétée sur le cadavre, ne tardai-je pas à l'exécuter sur le vivant. Depuis 1894, j'ai cherché à vulgariser cette opération,

Au commencement de janvier 1894, j'en exposai le manuel

opératoire à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux et l'année suivante je présentai à cette Société deux malades que j'avais pu suivre. En 1896, j'inspirai la thèse de mon élève M. Paucot, thèse intitulée: « De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivées ». Puis, je fis deux autres communications sur le même sujet, l'une à Bordeaux et l'autre au Congrès de chirurgie. Enfin j'inspirai deux autres thèses, celles de Girou et de Briau.

Dans le procédé primitif de Bassini on devait: 1° Inciser la paroi antérieure du canal inguinal; 2° suturer les bords inférieurs du petit oblique et du transverse, à l'arcade crurale, derrière le cordon; 3° suturer la paroi antérieure du canal ou aponévrose du grand oblique, devant le cordon.

Les principaux avantages du procédé de Bassini sont les deux suivants:

1° Tout d'abord l'ouverture large du canal inguinal nous permet de poursuivre très haut le décollement du sac et de faire porter la ligature sur le péritoine qui tapisse les parois abdominales; on assure ainsi la disparition de l'infundibulum péritonéal qui siège au niveau de l'orifice inguinal profond.

2° La paroi postérieure, qui était lâche et avait presque disparu sous la pression exercée par les viscères herniés, est entièrement refaite: en abaissant le petit oblique, le transverse et le fascia transversalis pour les suturer à l'arcade crurale depuis le pubis jusqu'au niveau de l'orifice inguinal profond, on retend la paroi postérieure, on lui donne de la tonicité.

Mais ce procédé type a subi plusieurs modifications.

L'une des plus importantes, apportée par Mugnaï, Aguilar et par moi-même, consiste à placer le cordon derrière les muscles de la paroi abdominale. Cette modification est très appréciable, car elle supprime le canal inguinal et son orifice profond.

La deuxième modification, la plus récente, est relative au mode de suture des différents plans. On avait remarqué que la guérison des malades était quelquefois retardée par l'apparition d'un point de suppuration reconnaissant pour cause l'élimination d'un fil; et ces suppurations ont été même observées long-

temps après l'opération, alors que l'opéré se croyait bien guéri. D'où l'idée de supprimer complètement l'usage des fils perdus.

Dans ce but, on s'était adressé à l'autoplastie tendineuse, etc.

Au début du mois de novembre 1896, je pratiquai la cure radicale de la hernie inguinale au moyen de la suture en masse, c'est-à-dire en suturant les parties molles au moyen de crins de Florence qui traversaient de bas en haut: la peau, le tissu cellulaire, l'arcade crurale, le petit oblique et le transverse, l'aponévrose du grand oblique, le tissu cellulaire et la peau de la lèvre opposée.

Depuis 1896, j'ai pratiqué cette suture un grand nombre de fois et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Ce procédé a, du reste, été adopté par Jonesco (de Bucarest), par Monod (de Paris) et Vanverts (de Lille), par Depage (de Bruxelles).

ESTOMAC, INTESTIN, MÉSENTÈRE

Observation de gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. In Thèse Matignon, 1892.

Présentation d'une pièce de gastro-entérostomie provenant d'un chien. En collaboration avec M. le Professeur Masse. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 décembre 1892.

Des sutures gastro-intestinales. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 mars 1893.

Chirurgie et cancer de l'estomac. Du manuel opératoire de la gastro-entérostomie. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1893.

Ce travail, assez étendu, renfermant 28 figures et accompagné d'un index bibliographique important, a été publié à une époque où la chirurgie de l'estomac n'était pas encore bien établie. J'y ai étudié les différents procédés de gastro-entérostomie et exposé deux manœuvres personnelles.

Le travail se divise en trois parties :

A) Précaution et manœuvres pré-opératoires.

Régime pré-opératoire. — Evacuation des voies digestives. — Lavage de l'estomac. — Question des bains. — L'anesthésie.

B) Opération elle-même. 1° Gastro-entérostomie en un temps. — *a*) Laparotomie. — *b*) Recherche de l'estomac et d'une anse intestinale (jéjunum). — *c*) Etablissement d'une boutonnière stomacale et d'une boutonnière intestinale. — *d*) Suture de ces deux boutonnières (gastro-entérorraphie). — *e*) Manœuvres complémentaires destinées à empêcher le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac, ainsi que l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodénal. — *f*) Réduction des organes et suture de la paroi abdominale. — 2° Gastro-entérostomie en deux temps.

C) Régime post-opératoire.

Les deux manœuvres personnelles que j'ai signalées dans ce travail, et que j'avais répétées sur le cadavre et sur le chien avant de les exécuter sur le vivant, avaient pour but : 1° d'établir une large bouche anastomotique entre l'estomac et l'intestin et d'éviter le rétrécissement ultérieur de cette bouche anastomotique ; 2° de pratiquer une bonne suture des lèvres antérieures des incisions stomacale et intestinale.

1° *Etablissement de la bouche anastomotique.* — Certains chirurgiens avaient constaté la mauvaise disposition et le mauvais fonctionnement de l'orifice anastomotique. On avait même reconnu, à l'autopsie de certains malades, l'existence d'une

véritable valvule qui bouchait en partie cet orifice. Pour éviter ces ennuis et pour obtenir un large orifice de communication, j'eus l'idée, que j'ai mise en pratique, d'agir de la façon suivante : au lieu de pratiquer une simple incision horizontale sur l'estomac et sur l'intestin, je réséquai sur ces organes de petits lambeaux elliptiques. (Adopté par Dubourg et Jeannel). En outre, après avoir suturé les lèvres postérieures des incisions stomacale et intestinale, je réséquai avec de petits ciseaux la muqueuse qui tendait à faire bourrelet dans la lumière de l'anastomose.

2° *Sutures des lèvres des incisions stomacale et intestinale.* — Voici le procédé de suture auquel je m'étais arrêté : 1° suture séro-séreuse postérieure sans ouvrir les viscères ; 2° ouverture de l'estomac et de l'intestin ; 4° résection des portions des muqueuses postérieures exubérantes ; 4° suture en surjet au point de couturière des lèvres postérieures des incisions stomacale et intestinale qu'on a sous les yeux ; cette suture ne doit comprendre que la partie musculo-séreuse des lèvres postérieures ; 5° suture des muqueuses : les fils muqueux pourraient, en passant, traverser le bord libre des lèvres postérieures déjà réunies et rendre ainsi la suture plus complète ; 6° excision des portions des muqueuses antérieures exubérantes ; 7° adossement, face interne contre face interne, des surfaces musculaires stomacale et intestinale, avivées ; 8° suture séro-séreuse antérieure.

(Depuis ce travail, les progrès de la chirurgie gastrique m'ont fait adopter des procédés plus simples.)

~~~

Tumeur de l'estomac. Gastro-entérostomie. Disparition de la tumeur quelques jours après l'opération. Présentation du malade. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1906.

~~~

Gastro-entérostomies. Présentation de trois malades. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 7 décembre 1906.

Il s'agit ici d'une série de sept gastro-entérostomies pratiquées du mois de mai au mois de novembre 1906.

Sur ces sept interventions, j'ai perdu un malade, pour des raisons spéciales qui ne doivent pas entrer en ligne de compte.

Les six autres opérés ont fort bien guéri ; quelques-uns présentaient un état général des plus alarmants. Tous avaient des vomissements presque continuels et éprouvaient de violentes douleurs.

Les résultats thérapeutiques ont été excellents : ces malades ont pu reprendre rapidement leur alimentation, ils n'ont plus vomi et ont vu disparaître leurs douleurs.

Chez tous ces malades j'ai pratiqué la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker ; avant de refermer le ventre, j'ai fixé à l'estomac les lèvres de l'incision mésocolique.

Chez un de mes opérés, la disposition de la tumeur gastrique m'avait forcé à placer l'anastomose dans une situation qui me parut peu favorable, une fois l'opération terminée.

Pour éviter des accidents consécutifs, je pratiquai sur-le-champ une deuxième gastro-entérostomie en un point plus favorable ; ce malade a fort bien supporté la double intervention.

~~~

Rapport très détaillé à propos d'un travail intitulé : « Traitement chirurgical du cancer de l'estomac », travail présenté pour le prix de la Société. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 30 juin 1895.

~~~

Nouveau procédé de gastrostomie. Procédé de Frank perfectionné. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1894.

A propos du manuel opératoire de la gastrostomie. Soc. de chir. de Paris, 1894.

Note sur le manuel opératoire de la gastrostomie. Académie de médecine, Paris, 1895.

Présentation d'un malade opéré de gastrostomie par le procédé de Frank-Villar. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 12 février 1897.

Il faut reconnaître que les anciens procédés de gastrostomie ne donnaient pas des résultats bien brillants. La mortalité à la suite de cette opération était très élevée. En outre, s'il y avait survie, l'opéré retenait mal les aliments dans son estomac, d'où dépérissement; et l'issue du suc gastrique déterminait autour de la fistule stomacale des ulcérations fort gênantes.

Ayant appris, en 1894, par une communication verbale de mon collègue M. Moure, que Frank (de Vienne) avait pratiqué la gastrostomie en attirant l'estomac sous un pont cutané, et m'étant trouvé en présence d'un rétrécissement grave de l'œsophage, je me décidai à pratiquer le procédé de Frank, après l'avoir répété sur le cadavre. Comme je n'avais pas lu la description même du procédé, je le pratiquai de la façon qui me parut la plus logique. Or, je reconnus plus tard que j'avais apporté deux modifications au procédé de Frank. Aussi, des maîtres et des chirurgiens amis ont-ils bien voulu désigner ce nouveau procédé de gastrostomie sous le nom de procédé de Frank-Villar. Je dois dire que des recherches bibliographiques ultérieures nous ont appris que le procédé primitif dit de Frank avait été exécuté tout d'abord par Ssabanejew (d'Odessa).

Voici la description du procédé primitif :

1° Incision parallèle au rebord costal gauche, à 1 cent. 1/2 environ en dedans de ce rebord et intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la couche musculo-aponévrotique et le péritoine pariétal :

2° A travers cette incision, on va à la recherche de l'estomac, qu'on peut trouver parfois sans difficulté. On le saisit et on

attire à soi un repli d'environ deux travers de doigt de longueur ;

3° On suture avec six points de soie, sans traverser la muqueuse stomacale, l'estomac au péritoine pariétal seulement, de façon à laisser le pli stomacal en dehors de l'abdomen et au-dessus des sutures ;

4° A deux travers de doigt au-dessus de l'incision première, on en pratique une deuxième, parallèle à la précédente et n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On décolle la peau entre ces deux incisions. Le pli stomacal attiré sous ce pont cutané est fixé au sommet de l'incision supérieure, que l'on rétrécit si elle est trop grande par quelques sutures au crin de Florence.

L'alimentation se fait en introduisant par la bouche stomacale une sonde que l'on retire après chaque repas.

Les modifications que j'ai apportées à ce procédé sont les suivantes : 1° au lieu de suturer l'estomac simplement au péritoine pariétal, je l'ai fixé à ce péritoine et aussi à la couche musculo-aponévrotique ; 2° j'ai fixé le sommet du pli stomacal à l'incision cutanée supérieure, par une double rangée de points de suture ainsi placés : *a*) fixation du pli à la peau par des fils ne comprenant que la séreuse et une partie de la musculeuse ; *b*) second étage de sutures comprenant la muqueuse et la peau mises en continuité à la façon de Terrier.

Ces différentes sutures ont pour but : 1° d'empêcher la rétraction du pli stomacal sous-cutané ; 2° de resserrer la bouche stomacale et l'orifice de communication entre le pli stomacal et la cavité de l'estomac.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'opération est terminée, le malade se trouve en possession d'une bouche, d'un œsophage et d'un cardia en *miniature* ; la bouche est représentée par l'orifice de la fistule, l'œsophage par le trajet sous-cutané, intermédiaire à l'orifice de la fistule et à l'orifice de communication de ce trajet avec l'estomac ; enfin, le cardia par cet orifice.

Logiquement, les aliments et le suc gastrique doivent rester dans l'estomac, car pour sortir à l'extérieur ils auraient à lutter contre le petit cardia artificiel et contre le trajet sous-cutané.

En pratique, le fait est confirmé. Les malades auxquels j'ai pratiqué la gastrostomie par ce procédé ont eu un estomac continent; chez tous mes opérés, la peau, autour de la fistule gastrique, est restée normale, sans présenter aucune trace d'excoriation. Ces résultats m'ont engagé à préconiser et vulgariser le procédé de Ssabanejew.

Occlusion intestinale par torsion du gros intestin. Laparotomie. Colopexie transverse. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1892.

Chez une malade âgée d'une quarantaine d'années, présentant les signes d'occlusion intestinale, nous avions trouvé le gros intestin abaissé et tordu. Après détorsion, il avait des tendances à reprendre sa position anormale.

Nous avons eu l'idée de compléter l'opération par la manœuvre suivante : Après avoir agrandi notre incision abdominale par la partie supérieure, nous avons relevé le gros intestin (côlon transverse) jusqu'au niveau de la grande courbure de l'estomac et nous l'avons fixé à la paroi abdominale par sept points de suture au gros catgut; les fils traversaient d'un côté le péritoine pariétal et une partie de la paroi abdominale, de l'autre le péritoine viscéral et une partie de la couche musculaire de l'intestin; nous avons fait en un mot une *colopexie transverse.*

Par cette opération complémentaire, nous replacions le gros intestin dans sa position normale, nous le suspendions au plafond abdominal, nous lui donnions enfin sa forme de cintre qui encadre la masse de l'intestin grêle et, maintenant écartés les côlons ascendant et descendant, nous empêchions la torsion de se produire.

A propos de cette observation, je disais que la colopexie transverse n'avait pas encore été pratiquée par d'autres chirurgiens et je me demandais si l'on ne pourrait pas la pratiquer pour agir contre l'entéroptose pure et simple.

Roux, de Brignolles, l'a depuis pratiquée pour l'abaissement du côlon.

Deux cas d'appendicite. Intervention chirurgicale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 juin 1892.

Appendicite. Fistule appendiculaire siégeant au niveau de la région sacro-iliaque. *Archives cliniques de Bordeaux*, juillet 1892.

Du traitement de l'appendicite. Congrès de Bordeaux, 1895.

Appendicite chez un enfant de quatre ans. Résection de l'appendice. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 5 mars 1897.

Appendicite avec plaques de gangrène à distance. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 26 mars 1897.

Appendicite. Intervention hâtive. Volumineux calcul appendiculaire. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 décembre 1898.

Deux autres cas d'intervention pour appendicite. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 29 mai 1899.

Deux autres cas d'appendicite. Intervention. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 juin 1899.

De l'appendicite chez la femme. Congrès de gynécologie d'Amsterdam, 1899.

Quatre autres cas d'appendicite. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 24 mars 1899.

Sur l'appendicite. Deux communications à la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, décembre 1899.

Note sur le diagnostic et le traitement de l'appendicite. Soc. de chir. de Paris, 29 octobre 1902.

Traitement de l'appendicite. Congrès des Sociétés savantes, Bordeaux, avril 1903.

Appendicite et hydrosalpinx gauche avec torsion du pédicule. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 9 juin 1903.

Dans ces différentes communications, j'ai insisté sur les dangers et la gravité de l'appendicite ; j'ai rapporté des observations d'appendicite, avec pièces à l'appui, qui démontraient la marche rapide des lésions, même avec un appareil symptomatique en apparence bénin.

J'ai cherché à mettre en lumière : 1° la question du diagnostic ; 2° les indications de l'intervention ; 3° la technique opératoire.

Diagnostic de l'appendicite. — Ce diagnostic peut être quelquefois difficile chez la femme, à cause du voisinage des annexes. Chez l'homme, il est en général facile.

Indications de l'intervention. — D'après les faits que j'avais observés et d'accord avec d'autres chirurgiens, j'ai défendu l'intervention hâtive, pour les trois raisons suivantes :

1° Impossibilité de diagnostiquer la nature et l'étendue des lésions. Impossibilité de savoir ce que deviendra une appendicite.

2° Mortalité des malades non opérés ou opérés trop tardivement.

3° Bénignité de l'opération pratiquée au début de la maladie.

Technique opératoire. — L'incision franchement latérale m'a semblé préférable dans les cas suppurés. En principe, j'ai cherché à extirper l'appendice. Deux arguments militent en faveur de l'intervention large et complète : 1° les récidives, si l'on ne touche pas à l'appendice ; 2° la possibilité de méconnaître des abcès multiples si l'on se contente de la simple incision iliaque.

Il est bon de pratiquer un large drainage avec de la gaze stérilisée, lorsque le péritoine a été ouvert et infecté.

La pratique de l'intervention hâtive m'a donné d'excellents résultats.

Appendicite kystique à contenu stérile. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 30 novembre 1903.

Appendicite kystique. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 mars 1904.

Cette forme d'appendicite est rare. Dans les deux cas que j'ai opérés, le contenu était stérile; l'appendice formait une cavité close sans microbes.

La symptomatologie de l'appendicite kystique n'est autre que celle de l'appendicite subaiguë ou chronique.

~~~

Cancer primitif de l'appendice. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1903.

Chez une jeune fille que j'avais opérée pour des crises d'appendicite, j'ai trouvé un cancer de l'appendice. Les recherches que j'ai faites, au sujet de ce cas, m'ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Le cancer primitif de l'appendice est rare.

2° Il est le plus souvent d'origine épithéliale.

3° La symptomatologie est celle de l'appendicite à répétition; en général, les crises appendiculaires ne sont pas très violentes. Aussi est-il impossible à l'heure actuelle de faire le diagnostic clinique du cancer primitif de l'appendice. Ce diagnostic ne peut être établi que par l'examen anatomo-pathologique.

4° On ne peut pas encore établir la fréquence ou la marche de la récidive ou de la généralisation, après l'extirpation de l'appendice cancéreux.

5° Etant donné que l'appendicite cancéreuse se confond au point de vue clinique avec l'appendicite ordinaire, les indications de l'intervention seront les mêmes dans les deux cas. Mais il est bien entendu que cette intervention devrait être pratiquée le plus tôt possible, si on arrivait à établir ou à soupçonner le diagnostic de cancer primitif de l'appendice.
~~~

Procédé de suture intestinale pour éviter le rétrécissement du rectum trop souvent consécutif à l'ablation des cancers rectaux par la méthode de Kraske. *In* Thèse Labordère, Bordeaux 1891.

~~~

Opération de Kraske. *In* Thèse Morestin, Paris 1894.

~~~

Hémorroïdes et leur traitement par la volatilisation. (Clinique du professeur Richet). *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1885.

~~~

Kyste du mésentère avec phénomènes d'occlusion intestinale. Quelques mots au sujet de ce cas et une planche. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, de MM. Le Dentu et Delbet.

FOIE, RATE, PANCREAS

Kystes hydatiques du mésentère, du foie, etc. En collaboration avec M. Brunet. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1892.

~~~

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale : foie, mésentère, épiploon, espace rétro-vésical. Laparotomie. Guérison. Congrès français de chirurgie, 1893.

~~~

Vaste abcès du foie à pus stérile traité par l'incision large. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux et Soc. de chir. de Paris, 1894.
~~~

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Ictère. Evacuation des vésicules hydatiques par les selles. Intervention. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 février 1907.

Cas intéressant au point de vue clinique et opératoire.

Un homme âgé de trente-cinq ans, présente, il y a six ans, un léger ictère. Il y a huit mois, douleurs épigastriques et ictère ; celui-ci persiste pendant un mois et demi environ. A partir de ce moment, le malade reste un peu jaune. En septembre 1906, nouvelle crise de douleurs et apparition d'ictère. Au mois de décembre de la même année, nouvelle poussée : douleurs et ictère. Au mois de janvier suivant, le malade constate dans ses selles la présence de membranes. Le docteur Auché les examine et reconnaît qu'il s'agit de vésicules hydatiques.

Je vois le malade quelques jours après, avec le docteur Auché, et je constate : ictère assez foncé, urines acajou, foie augmenté de volume. A vrai dire, on ne délimitait pas une tumeur abdominale. J'ajoute que le malade nous avait parlé de calculs qu'il aurait rendus dans les selles quelques années auparavant.

Le diagnostic devait se circonscrire entre : kyste hydatique, avec obstruction des voies biliaires par calculs, ou kyste hydatique avec obstruction de ces voies par des vésicules hydatiques. Ce dernier diagnostic semblait plus logique.

Le malade, souffrant depuis longtemps et ne pouvant guère vaquer à ses occcupations, réclamait une intervention qui était très indiquée.

Avant d'intervenir, je priai M. Sabrazès de faire l'examen du sang. La réponse de M. Sabrazès, après cet examen, fut : kyste hydatique.

Opération le 29 janvier 1907. Laparotomie latérale pour arriver facilement sur les voies biliaires obstruées ; je trouve un foie très volumineux. J'examine avec soin le canal hépa-

tique et le canal cholédoque, même derrière la tête du pancréas ; je ne trouve pas de calculs.

Mais je ne trouvais pas non plus un kyste hydatique du foie. Je pratique alors sur la paroi abdominale une incision complémentaire transversale, dirigée de droite à gauche. Pas de kyste sur la face supérieure du lobe gauche du foie qui est hypertrophié. Soulevant ce lobe gauche, je finis par trouver le kyste à la partie postérieure de la face inférieure de ce lobe. Ce kyste, du volume d'une très grosse orange, était tout à fait séparé de l'estomac. La vésicule biliaire était rétractée.

Étant donné que le kyste faisait corps avec le foie et qu'il était situé profondément, je ne pouvais ni l'extirper, ni le marsupialiser. Voici ce que je fis : je l'incisai et le vidai ; il ne renfermait guère que des vésicules ; à peine un peu de liquide. Puis je grattai sa face interne, je touchai cette face interne avec une solution de formol et je capitonnai la paroi kystique.

Les suites de l'opération furent des plus simples : les urines ne tardèrent pas à devenir claires, l'ictère disparut rapidement et le malade put retourner chez lui quinze jours après l'opération.

Ainsi que je l'ai déjà dit, observation intéressante : 1° Au point de vue clinique : kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires et s'accompagnant d'ictère par obstruction de ces voies, obstruction due sans aucun doute au passage des hydatides. Diagnostic de kyste hydatique confirmé par l'examen du sang ; 2° Au point de vue opératoire : formolage et capitonnage de la poche ; c'était, du reste, le seul procédé opératoire à mettre en pratique dans le cas particulier.

Cholécystite en voie de suppuration, appendice filiforme. Cholécystostomie et appendicectomie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 mars 1904.

A propos du traitement chirurgical de l'ascite dans la cirrhose atrophique du foie. *Journal de méd. de Bordeaux*, 4 août 1901.

Traitement chirurgical de l'ascite d'origine cirrhotique. Congrès français de chirurgie, 1904.

L'un des premiers en France, j'ai pratiqué et fait connaître l'anastomose chirurgicale entre le système porte et le système cave dans le traitement de l'ascite cirrhotique.

J'ai pratiqué d'abord le procédé de Talma (simple fixation du grand épiploon à la paroi abdominale), puis le procédé de Schiassi (extériorisation du grand épiploon).

Au Congrès de chirurgie de 1904, j'ai rapporté quatre cas d'intervention pour ascite cirrhotique, dont un par voie vaginale. L'un des malades avait été perdu de vue, l'autre a succombé au bout de vingt et quelques jours ; enfin, une malade opérée en 1900, jouissait encore d'une santé florissante en 1904.

Que penser de l'omentofixation, d'après ce qui a été écrit à ce sujet et d'après mes observations personnelles ?

Les arguments qui ont poussé les chirurgiens à intervenir dans les cas d'ascite cirrhotique sont fort séduisants. Puisque l'ascite de la cirrhose hépatique, a-t-on dit, est due à une gêne de la circulation porte, il faut suppléer à cette circulation défectueuse en établissant une voie supplémentaire, en créant un nouveau système d'anastomoses, de façon à ramener dans la circulation générale le sang qui se trouvait arrêté au niveau du foie ; c'était la déviation chirurgicale du sang de la veine porte. Les expériences pratiquées sur le chien par Tilman donnaient raison à cette manière de voir.

D'autre part, on avait depuis longtemps remarqué l'existence de la circulation veineuse abdominale chez les cirrhotiques, véritable voie de déviation spontanée.

Enfin on avait souvent constaté, à l'autopsie des malades morts de cirrhose du foie, des adhérences péritonéales nombreuses et très vasculaires, pouvant permettre une voie de passage au sang de la veine porte.

Il s'agirait de savoir si les résultats obtenus ont été conformes à ces vues. Malheureusement, ces résultats n'ont pas été bien brillants.

Il est juste de dire que nombre d'insuccès opératoires et thérapeutiques peuvent être mis sur le compte du mauvais état des malades. D'un autre côté, il est certain que l'opération de Talma a fourni quelques cas de guérison et d'amélioration. Aussi, ne convient-il pas de la condamner sans appel. Une étude plus approfondie des faits permettra peut-être de mieux établir les indications. Au point de vue de l'action de l'opération, on devrait aussi tenir compte de la péritonite chronique péri-hépatique et ne pas trop négliger l'action bienfaisante de la laparotomie elle-même. Je n'ai pas besoin de rappeler ici les résultats extraordinaires, inexpliqués, mais certains, qu'a donnés la simple ouverture du ventre, non seulement dans les cas d'ascite tuberculeuse, mais encore dans certains cas de lésions hépatiques et même lorsqu'il s'agissait de tumeurs abdominales.

Quoi qu'il en soit, je dirai sous forme de conclusion : si les conceptions théoriques et les résultats des expériences sur la déviation chirurgicale du sang de la veine porte n'ont pas été réalisés d'une façon nette sur l'homme, l'opération de Talma mérite cependant d'être prise en considération; qu'elle agisse réellement par la création de l'anastomose porto-cave, qu'elle doive son action à la simple laparotomie ou à ces deux facteurs réunis, elle aura eu toujours le grand avantage de montrer que l'on pourrait intervenir, avec quelques chances de succès, dans certains cas d'ascite cirrhotique.

Traitement chirurgical de l'ascite par voie vaginale.
Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1903-1904.

Sur une malade fort incommodée par son ascite qui s'était reproduite avec une grande rapidité après la ponction, j'eus l'idée d'évacuer cette ascite par l'incision du cul-de-sac postérieur

au niveau duquel j'établis un drainage. Je pris cette décision parce qu'il eût été imprudent de pratiquer la laparotomie chez une malade qui était extrêmement affaiblie. Cette façon de faire n'était qu'un pis-aller; mais l'intervention n'offrait aucune gravité et j'avais des chances de soulager la malade.

Cette laparotomie vaginale pour ascite a été pratiquée aussi par Bunge.

De l'exosplénopexie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 octobre 1897.

Traitement de certaines splénomégalies par l'exosplénopexie. Congrès français de chirurgie, 1901.

Etant donnée la gravité de la splénectomie, on a songé à exposer simplement la rate à l'extérieur, espérant obtenir une mortification de l'organe. Le cas d'Houzel a pleinement confirmé ces prévisions.

L'historique de l'exosplénopexie peut se résumer facilement :

En 1893, Jaboulay voulut tenter de pratiquer cette opération. Mais la rate était si ramollie qu'elle se déchira ; il fallut pratiquer une splénectomie d'urgence.

En 1894, nouvelle tentative de Jaboulay. Cette fois, l'opération fut menée à bonne fin ; mais, au bout de dix-sept jours, le malade fut emporté par un phlegmon gangréneux du cou.

La même année, sans avoir eu connaissance des tentatives de Jaboulay, j'ai pratiqué de parti pris l'exosplénopexie sur un malade atteint d'une énorme hypertrophie de la rate avec leucémie.

En 1901, j'ai de nouveau pratiqué cette opération.

En 1897, Houzel, pensant avoir affaire à un kyste ou plutôt à une tumeur solide de l'ovaire, pratique la laparotomie et tombe sur une énorme rate. Jugeant la splénectomie trop dangereuse, il fixe la rate aux lèvres de l'incision pariétale ; excellent résultat.

L'exosplénopexie a donc été pratiquée pour la première fois à Lyon et à Bordeaux par Jaboulay et par moi-même.

Cette opération ne constitue pas une méthode de choix ; le vrai traitement de la splénomégalie, c'est la splénectomie ; mais l'exosplénopexie est un pis-aller qui peut rendre des services ; on peut et on doit, avec quelques chances de réussite, terminer par une exosplénopexie une splénectomie jugée impraticable.

Le manuel opératoire de l'exosplénopexie est des plus simples. On sectionne les divers plans de la paroi abdominale, suivant une incision verticale ou plus ou moins oblique. Comme le plus souvent on ne pratiquera cette opération que dans des cas où il aura fallu renoncer à une splénectomie, il s'ensuit que l'incision pratiquée se trouvera trop étendue et l'on sera dans la nécessité de la raccourcir par quelques points de suture placés aux extrémités.

Lorsque la rate a été mise à découvert, on peut soit la suturer à la paroi abdominale, soit interposer des compresses stérilisées entre cette paroi et la rate, dans le but de créer des adhérences.

~~~

Splénopexie expérimentale. Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1898.

La première publication sur la splénopexie date seulement de 1895 et le premier travail d'ensemble à ce sujet parut en 1898 ; à cette époque, sous mon inspiration, mon élève, le regretté Ch. Alker, étudiait la splénopexie dans sa thèse de doctorat. On trouve décrits dans ce travail les procédés de Rydygier, Bardenheuer, Zykow, Giordano, Pitzorno, Greiffenhagen.

J'ai moi-même expérimenté la fixation de la rate sur le chien. Je me suis servi du mode de suture auquel H. Delagenière a eu recours dans un cas d'hépatoptose et qui n'est autre que celui que le Professeur Guyon avait déjà employé pour la néphropexie. Le résultat fut excellent.

~~~

Double kyste hydatique de la rate; kyste hydatique du pancréas; kyste hydatique de l'épiploon et du mésentère. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11 juillet 1902.

Il s'agit d'un malade chez lequel j'ai pratiqué : 1° Ablation de kystes hydatiques de l'épiploon et du mésentère; 2° splénectomie; 3° capitonnage du kyste du pancréas. Guérison.

~~~

Diagnostic et traitement des tumeurs du pancréas. Congrès international de médecine. Paris, 1901.

Kyste glandulaire du pancréas. Opération. Guérison. Académie de médecine. Paris, 1902.

Des kystes glandulaires du pancréas à propos d'une observation personnelle. *Archives provinciales de chirurgie*, juillet et août 1904; avec 11 figures.

En 1899, j'eus l'occasion d'opérer un malade âgé de trente-six ans, atteint d'un kyste glandulaire du pancréas. Le diagnostic de kyste du pancréas avait été porté pour les trois raisons suivantes : 1° existence dans la région épigastrique d'une tumeur mate, encadrée par une zone de sonorité supérieure et une zone de sonorité inférieure; 2° présence de sucre dans les urines; 3° amaigrissement notable.

La marsupialisation du kyste fut suivie de guérison.

A propos de cette observation personnelle, j'ai résumé l'histoire des kystes du pancréas.

Les kystes de cet organe peuvent être divisés en :

1° Kystes hydatiques;

2° Kystes sanguins;

3° Kystes traumatiques (pseudo-kystes de Kœrte);

4° Kystes glandulaires.

Ces derniers constituent les véritables kystes de la glande pancréatique.

J'ai exposé successivement : l'historique, l'anatomie patholo-
~~~

gique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie, la marche et le pronostic, le diagnostic, le traitement.

La pathogénie de ces kystes est importante à connaître, au point de vue de traitement. En effet, suivant qu'il s'agisse d'un simple kyste par rétention ou d'un kyste néoplasique, on devra se comporter différemment.

Au point de vue du diagnostic, on doit surtout tenir compte des signes suivants : douleurs épigastriques, amaigrissement, diarrhée, glycosurie, présence d'une tumeur épigastrique mate encadrée d'une zone de sonorité supérieure et inférieure.

La ponction des kystes du pancréas doit être rejetée. Deux méthodes seules sont en présence lorsqu'il s'agit de traiter ces kystes : l'extirpation et la marsupialisation.

L'extirpation totale constitue la méthode logique et idéale dans le traitement des kystes glandulaires du pancréas. C'est la seule intervention réellement utile, lorsqu'on a affaire à des kystes néoplasiques. Malheureusement, cette opération est sérieuse, elle n'est pas toujours praticable et l'on sera bien souvent forcé d'avoir recours à la marsupialisation, qui donne d'ailleurs d'excellents résultats ainsi que le prouvent les différentes statistiques.

A l'exemple de Bœckel, Nimier, Poncet, Delagenière, etc., on peut exposer le plan opératoire de la façon suivante :

1° Faire la laparotomie ;

2° Mettre le kyste à nu après avoir successivement divisé les membranes qui le recouvrent ;

3° Ponctionner le kyste pour en vider le contenu ;

4° Fermer l'orifice avec une pince à pression ;

5° Explorer l'abdomen au point de vue des adhérences et des rapports de la tumeur avec les organes voisins et, ici, deux alternatives :

a) On trouve des adhérences facilement libérables, peu de vaisseaux ; pédiculiser la tumeur et l'extraire en totalité ;

b) Les adhérences sont trop denses, trop vasculaires ; marsupialiser. Avant de prendre une de ces deux déterminations, chercher à se rendre compte de la nature du kyste. Si le

drainage antérieur paraît insuffisant, employer le drainage lombaire.

Du choix de la méthode d'intervention dans le traitement des kystes hydatiques de la rate et du pancréas. *Journal de méd. de Bordeaux*, 8 et 15 mars 1903.

A propos d'un malade que j'avais opéré avec succès pour des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, dont deux siégeaient dans la rate et un autre dans le pancréas, j'ai étudié le choix de la méthode d'intervention dans le traitement des kystes hydatiques de la rate et du pancréas.

A) Kystes hydatiques de la rate.

1° La ponction simple ou suivie d'injection parasiticide doit être abandonnée parce qu'elle est infidèle et qu'elle expose à des accidents graves immédiats ou consécutifs ;

2° L'extirpation du kyste, qui serait la méthode idéale, ne sera que très exceptionnellement applicable, car il est très rare de trouver un kyste hydatique de la rate suffisamment pédiculé ;

3° Le capitonnage de Delbet, après incision, évacuation du kyste et décollement de la membrane adventice, est un excellent procédé. Mais il ne trouve pas son indication lorsque le kyste est suppuré, lorsque ses parois sont calcifiées, enfin lorsqu'il s'agit de kyste à type ascendant, profondément caché derrière les côtes et refoulant le diaphragme. Le procédé de Delbet n'a été appliqué jusqu'ici qu'une seule fois à la rate ;

4° L'incision avec marsupialisation amenant une longue suppuration expose le malade aux dangers de la septicémie. En outre, elle expose aussi à négliger une deuxième poche kystique et laisse le plus souvent après elle une éventration ;

5° La splénectomie semble être la méthode de choix. Elle ne présente aucun des inconvénients de l'incision ; les résultats qu'elle a donnés sont supérieurs à ceux des autres méthodes. On ne peut lui reprocher que la difficulté, et par suite la gravité

de l'acte opératoire, dans les cas où il existe des adhérences très nombreuses et très résistantes.

En somme, ponctions à rejeter ; extirpation et capitonnage, excellents procédés, mais procédés d'exception. Il n'y a donc lieu de mettre en parallèle, au point de vue de la pratique courante, que la splénectomie totale et l'incision avec marsupialisation. Si la rate est libre ou présente peu d'adhérence, la splénectomie est tout indiquée, et avec la technique actuelle elle doit donner des résultats presque toujours favorables. Mais si la rate présente des adhérences étendues et solides, on doit abandonner la splénectomie et avoir recours à l'incision suivie de marsupialisation, méthode moins brillante, mais qui doit aujourd'hui donner de bons résultats.

B) Kystes hydatiques du pancréas.

Jusqu'ici on n'a trouvé dans le pancréas que des kystes hydatiques petits ou relativement petits ; on ne pouvait donc pas songer à les ponctionner, puisqu'ils siégeaient trop profondément et qu'ils n'avaient même pas été diagnostiqués. Inutile de répéter à propos de ces kystes que la ponction est d'ailleurs une méthode infidèle ; qu'elle peut exposer à l'intoxication hydatique, à la blessure d'un gros vaisseau, à la blessure de l'estomac et de l'intestin. L'extirpation simple sera, comme pour la rate, une méthode d'exception.

La pancréatectomie partielle ou à peu près totale ne trouvera que bien rarement une indication défendable.

Restent donc la marsupialisation et le capitonnage. La première de ces méthodes ne sera qu'un pis-aller ; sans compter qu'elle réclame pour être appliquée l'existence d'un kyste assez volumineux, dont on puisse fixer la poche à la paroi abdominale. Quant à la deuxième méthode, le capitonnage de Delbet, elle constitue une véritable trouvaille dans les cas de kystes hydatiques du pancréas de petit volume. C'est même la seule ressource dont puisse disposer le chirurgien, dans les cas de kystes de petit volume, non suppurés et non extirpables en totalité. C'est ce que j'ai fait chez mon malade qui, opéré au mois de juillet dernier, se trouve aujourd'hui en parfait état.

En résumé, par comparaison avec ce qui a été dit pour le traitement des kystes glandulaires du pancréas, on peut exposer ainsi le plan opératoire à suivre en présence d'un kyste hydatique de cet organe :

1° Pas de ponction ;

2° Faire la laparotomie ;

3° Ecarter les organes qui entourent le kyste (foie, estomac, côlon) ;

4° Ponctionner et vider le kyste ;

5° Fermer l'orifice de la ponction à l'aide d'une pince à kystes ;

6° Se rendre compte du siège, du nombre, de la solidité des adhérences ;

7° Si le kyste est pédiculé, l'extirper ;

8° Si, sans être nettement pédiculé, il ne présente que des adhérences faibles, on tentera la pédiculisation et l'extirpation totale ;

9° Si les adhérences sont trop résistantes et trop vasculaires, on abandonnera les tentatives d'ablation et on pratiquera le capitonnage de Delbet, après avoir réséqué le plus possible de la paroi kystique ;

10° Si le kyste est suppuré, si ses parois sont calcifiées, s'il est placé de telle sorte que le capitonnage soit contre-indiqué, on n'aura plus d'autre ressource que la marsupialisation :

11° La marsupialisation étant décidée, deux cas peuvent se présenter ; si le kyste est assez volumineux, on le fixera à la paroi abdominale antérieure ; mais il serait bon, même dans ce cas, de pratiquer une contre-ouverture lombaire, pour y établir un drainage utile ; cette contre-ouverture serait indispensable si le kyste, à cause de son petit volume, ne pouvait pas être attiré en avant et fixé à la paroi antérieure.

Un mot en terminant sur l'anesthésie pendant les opérations portant sur certains organes de la partie supérieure de la cavité abdominale. Chez l'opéré qui fait le sujet de cette note, l'anesthésie fut particulièrement inquiétante pendant toute la durée de l'intervention. Mes aides et les confrères présents pensaient bien que le malade, qui était du reste très affaibli, aller passer

de vie à trépas d'un moment à l'autre. Je crois que cette mauvaise anesthésie a été la conséquence des tiraillements exercés sur la rate, l'estomac, le pancréas, tiraillements qui ont dû agir sur le plexus solaire et déterminer des phénomènes d'ordre réflexe. Chez un malade que j'ai opéré au mois d'octobre 1899. pour un volumineux kyste glandulaire du pancréas, l'anesthésie avait été aussi difficile et inquiétante.

Je signale ce fait en passant, et j'ajoute que, malgré cela, mes deux opérés ont bien guéri.

Pancréatopexie. *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet : « *Chirurgie du pancréas* » (Villar).

En 1899, dans mon article sur la « chirurgie du pancréas » dans le *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de MM. Le Dentu et Delbet, et plus tard dans mon rapport au Congrès de chirurgie, j'ai signalé, le premier, la possibilité de pratiquer la pancréatopexie dans les cas de déplacements du pancréas reconnus au cours d'une intervention abdominale. J'ai pratiqué cette pancréatopexie sur le chien.

Pancréato-gastrostomie. *Chirurgie du pancréas.*

Il serait indiqué, dans certaines affections du pancréas, d'établir une bouche pancréatico-intestinale pour ramener le suc pancréatique dans l'intestin, comme on établit une communication entre cet intestin et les voies biliaires, cholécysto ou cholédoco-entérostomie, dans le but de rétablir le cours de la bile. Cette déviation du suc pancréatique peut être tentée aussi dans les cas de fistules pancréatiques externes. Je me suis même demandé si l'on ne devrait pas, dans certains cas de kystes du pancréas, établir d'emblée et de parti pris, au moment de la première laparotomie, un abouchement kysto-digestif, pour éviter les inconvénients de la marsupialisation, c'est-à-dire la fistule avec ses conséquences.

Weir a tenté sur l'homme l'abouchement pancréatico-intestinal. Mais il semble qu'il doit être plus simple d'aboucher le canal de Wirsung dans l'estomac, de pratiquer en un mot la pancréatico ou pancréato-gastrostomie.

J'ai pratiqué sur deux chiens cette anastomose pancréatico-stomacale.

Chirurgie expérimentale du pancréas : résections, ligatures, sutures ; mode de cicatrisation des plaies de cet organe. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 31 juillet 1905.

Poursuivant depuis quelque temps des études sur la chirurgie du pancréas, j'ai cru intéressant de répéter quelques expériences sur le pancréas du chien. Voici les résultats des résections partielles, des ligatures et des sutures de cet organe. Je suis intervenu d'une façon un peu différente sur trois chiens ; voici ce que j'ai fait :

1° Chien de grande taille : résection d'un petit fragment de pancréas, près de la tête, par voie gastro-colique ; suture au catgut n° 1 avec la fine aiguille de Reverdin.

Pas de troubles consécutifs.

Animal sacrifié un mois et demi après l'opération.

Pas d'adhérences autour de la partie intéressée.

Pas la moindre trace de cicatrice.

2° Chien de taille moyenne : résection de 3 centimètres de tissu pancréatique dans toute l'épaisseur de la glande, vers son milieu, par voie gastro-colique ; ligature des deux moignons au catgut ; *pas de suture*.

Pas de troubles consécutifs.

Animal sacrifié un mois et demi après l'opération.

Adhérences périphériques légères.

Les deux moignons s'étaient soudés.

Pas de trace de cicatrice.

3° Chien de taille moyenne : résection du pancréas dans

l'étendue de 6 centimètres, à partir de la queue, par voie gastro-colique; suture du moignon au catgut n° 1 avec la fine aiguille de Reverdin; en outre, points de suture passés en dedans du moignon, à travers le parenchyme de la glande, sans inciser celle-ci.

Pas de troubles consécutifs.

Animal sacrifié vingt-sept jours après l'opération.

Légères adhérences périphériques.

Moignon lisse, sans trace de cicatrice; rien d'apparent non plus dans les points où avaient été appliquées les sutures.

Il résulte de ces expériences que les résections partielles, les ligatures et les sutures du pancréas ont été bien supportées; mes chiens opérés (comme ceux sur lesquels Ceccherelli avait pratiqué des sutures, sans incision du pancréas) n'ont présenté ni troubles locaux, ni troubles généraux.

En outre, sur un de mes chiens, je me suis contenté, après la résection du pancréas, de lier les deux moignons sans faire de suture, Il est donc probable qu'un peu de liquide pancréatique a dû couler dans le ventre (à dessein, je n'avais pas protégé le péritoine avec des compresses); or, ce chien a fort bien guéri comme les autres. Je signale ce fait parce que l'on a beaucoup discuté l'action du suc pancréatique sur le péritoine.

Les propriétés éminemment digestives du suc pancréatique, son action irritante sur la peau, maintes fois constatées dans les cas de fistules externes, devaient naturellement faire songer à son action nocive sur le péritoine.

Cette action du suc pancréatique sur le péritoine a été étudiée expérimentalement par Senn, Mugnaï, Biondi, Ceccherelli. Senn et Mugnaï pensent que ce liquide est inoffensif pour le péritoine et affirment qu'il est très rapidement résorbé. Le premier de ces auteurs fait remarquer qu'il ne faut pas comparer le suc pancréatique frais directement extrait du pancréas avec celui qui coule par l'orifice d'une fistule cutanée, ce dernier s'altérant au contact de l'air. Telle n'est pas l'opinion de Biondi, qui affirme que le suc pancréatique même frais peut déterminer de la péritonite. Aussi conseille-t-il, à propos du traitement chirur-

gical des tumeurs solides du pancréas, de bien suturer la plaie opératoire et, au besoin, de fixer le pédicule dehors, pour éviter l'effusion du liquide pancréatique dans le péritoine.

Pour Ceccherelli, le suc pancréatique pur ne produit pas de péritonite ; mais s'il est altéré, il se comporte comme la bile septique et produit de l'infection ; ce n'est plus le suc normal, c'est un liquide pathologique. La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure de la pénétration du suc pancréatique dans le péritoine, mais qu'il faut néanmoins tâcher d'éviter cette pénétration, même si on croit avoir affaire à un liquide normal.

Un mot sur la technique des ligatures et des sutures du pancréas.

Les ligatures sont appliquées soit simplement sur des vaisseaux sectionnés par un traumatisme accidentel ou chirurgical, soit directement sur l'organe lui-même, dans un but hémostatique également, comme temps préliminaire de la résection d'une portion du pancréas. Mais cette simple ligature n'est pas suffisante ; toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une plaie du pancréas, il est plus prudent de la suturer.

La ligature vasculaire se fera au moyen du nœud classique. Pour la ligature du pancréas lui-même, qui n'est en somme qu'une ligature d'un large pédicule, on aura recours aux différents modes de ligature connus : ligature en chaîne, nœud de Bantock, de Lawson Tait ou de Staffordshire Knot, de H. Delagenière, de Lanelongue (de Bordeaux). On se servira de catgut ; la ligature élastique, même provisoire, est tout à fait abandonnée.

Pour la suture pancréatique proprement dite, pour la *pancréatorraphie*, bien différente de la *pancréatopexie*, on peut en principe se servir de n'importe quelle aiguille : aiguilles à coudre maniées à la main ou portées sur une pince, aiguille à pédale, aiguille de Reverdin. Mais pour la commodité de la manœuvre, il est préférable que l'aiguille remplisse les trois conditions suivantes : qu'elle soit courbe, qu'elle soit longue ou portée sur un manche, qu'elle ne soit pas trop volumineuse ; l'aiguille

courbe de Reverdin d'un petit calibre remplit bien ces conditions.

Dans des cas de suture ou d'hémostase profonde, on sera bien aidé par l'emploi de la pince-aiguille de Kurz.

Le catgut est préférable à la soie, parce qu'il déchire moins et qu'en se gonflant il obture, en le remplissant, le trajet de l'aiguille.

La suture peut se faire à points séparés ou mieux en surjet ; il est tout à fait inutile ici d'avoir recours à ces sutures plus ou moins compliquées conseillées pour d'autres viscères, le foie, par exemple.

La suture du pancréas est, en somme, facile à cause de la structure même de l'organe ; le parenchyme pancréatique ne se déchire pas, comme les parenchymes hépatique et splénique.

On s'est préoccupé de savoir comment s'effectuait la cicatrisation des plaies du pancréas et s'il se produisait une régénération de l'organe après l'ablation d'une de ses parties ou de sa totalité. Martinotti, P. Carnot, Cecchcrelli et Ferrari ont déjà étudié ce point expérimentalement.

Martinotti (1888), surtout dans les expériences où il avait extirpé totalement la glande, ne laissant en place que quelques acini glandulaires, a pu constater, après une période assez longue, l'existence d'un fragment de pancréas avec des caractères normaux, à la place du viscère extirpé. Il s'était fait une régénération de l'organe par la prolifération des cellules glandulaires des rares acini restés. Le même phénomène a, du reste, été observé dans le foie par Tizzoni et par Griffini, dans le rein par Golgi. Martinotti a même constaté la reproduction du canal de Wirsung.

P. Carnot (1899), étudiant les régénérations d'organes, injecte dans le pancréas d'un chien une solution de tuberculine et obtient, après cinquante jours, une sclérose atrophique très intense de la glande; l'organe n'était plus représenté que par deux petits cordons très durs.

A l'autopsie de l'animal, Carnot trouva derrière le duodénum, à une place où aucun vestige de glande n'existe normalement

et n'existait lors de l'opération, il trouva, dis-je, un gros amas glandulaire néoformé; les lobes en étaient énormes, gorgés de suc, de consistance normale.

Au microscope, la partie sclérosée ne présentait qu'un tissu conjonctif avec quelques îlots d'anciens acini dégénérés ; par contre, la partie régénérée présentait des lobules et des acini bourrés d'éléments glandulaires en prolifération active ; un grand nombre de cellules présentaient deux ou trois noyaux.

Ceccherelli et Ferrari ont trouvé dans la ligne d'incision pancréatique, dans les premières heures, des acini et des éléments glandulaires en voie de destruction et de nécrose, de petites thromboses, des hémorragies interstitielles et des infiltrations leucocytaires; plus tard, avec la diminution de ces processus, ils ont noté une néoformation connective et épithéliale. Comme Martinotti et Carnot, ils ont constaté que les nouveaux éléments se disposaient de manière à représenter des acini glandulaires.

Les pancréas sur lesquels j'ai pratiqué des résections, des ligatures et des sutures ont été examinés au point de vue histologique par mon excellent collègue et ami M. Sabrazès qui a constaté les détails suivants : thromboses vasculaires, infiltrations hémorragiques, prolifération du tissu conjonctif, prolifération, mais moins accentuée, de l'élément glandulaire. Sur l'une des préparations, il a vu un hématome en voie d'organisation fibreuse et des foyers d'infiltration lymphoïde groupés à la façon d'un ganglion.

Ici encore, comme dans les faits précédents, on constate la réaction de la glande au cours du processus de cicatrisation.

En résumé, il résulte de ces différentes expériences que la résection, la ligature et la suture du pancréas n'entraînent pas de troubles consécutifs; que les plaies de cet organe se cicatrisent rapidement et que la glande pancréatique, comme d'autres glandes de l'économie, est le siège d'une véritable régénération lorsqu'elle a été excisée.

Cette question de la régénération du pancréas est fort importante au point de vue de l'ablation totale de l'organe.

Pancréatite chronique de la tête du pancréas. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 décembre 1905.

Carcinome ramolli (caverne) de la tête du pancréas. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, janvier 1906.

Chez une malade, M. Cassaët et moi avions porté le diagnostic de pancréatite chronique de la tête du pancréas. Je pratiquai chez cette malade la cholécystectomie et le drainage du canal hépatique. L'opérée fut emportée quelques jours après l'opération, par les progrès de la cachexie, sans avoir présenté le moindre symptôme abdominal.

A l'autopsie, on constata, en effet, que la cavité abdominale était indemne de toute infection. Au niveau de la tête du pancréas, on trouvait une caverne remplie de débris blanchâtres ; l'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un carcinome ramolli.

J'ajoute que cette variété de cancer doit être bien exceptionnelle au pancréas ; le cancer de cet organe est en général un cancer dur, qui enserre le cholédoque, d'où ictère et dilatation de la vésicule biliaire.

~~~

Diagnostic différentiel des calculs biliaires et pancréatiques par la radiographie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, janvier 1906.

J'ai fait radiographier côte à côte un calcul biliaire et un calcul pancréatique ; la radiographie a donné pour le premier une tache vague, pour le second une boule noire très nette. Cette différence tient à la différence de composition chimique des calculs biliaires et pancréatiques.

Les calculs biliaires sont formés de cholestérine, de pigments biliaires, avec addition de quelques sels calcaires ; les calculs pancréatiques sont formés de sels de chaux, phosphate et surtout carbonate.
~~~

Donc, ce mode d'exploration par la radiographie peut être utile dans certains cas, au point de vue du diagnostic.

Les tumeurs solides du pancréas. *Archives provinciales de chirurgie*, octobre 1906.

Traitement de la pancréatite chronique. *Archives provinciales de chirurgie,* 1906.

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Leçons cliniques professées par Terrillon à l'hôpital de la Salpêtrière ; recueillies par nous et revues par le Professeur. Ces cliniques, réunies à d'autres, ont formé le livre publié par Terrillon sous le titre : *Cliniques chirurgicales de la Salpêtrière,* Paris 1889.

Les cliniques que j'ai recueillies sont les suivantes :

Opération d'Alexander. (*Bulletin méd.*, 1er janvier 1887.)

Cystite douloureuse chez la femme.(*Bull. méd.*, 13 juillet 1887.)

Des abcès pelviens chez la femme ; laparotomie. (*Progrès méd.*, décembre 1887.)

De la salpingite. (*Bull. méd.*, 29 février 1888.)

Opération de Battey. (*Progrès méd.*, 24 mars 1888.)

Salpingite. Diagnostic et traitement. (*Bull. méd.*, 28 mars 1888.)

De l'eau bouillie. (*Bull. méd.*, 18 juin 1888.)

Parallèle entre les organes génitaux de l'homme et de la femme. (*Progrès méd.,* 14 juin 1888.)

Rupture de l'utérus et de la vessie au cours de l'accouchement. Laparotomie. Soc. de gynécologie de Bordeaux, 1894.

Volumineux fibrome utérin. Hystérectomie vaginale par morcellement. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 novembre 1894.

Fibrome utérin. Hystérectomie vaginale par morcellement. En collaboration avec Mlle Nourrit. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 janvier 1897.

Hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins. Technique opératoire. Présentation de pièces. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 juin 1898.

En principe, le morcellement des fibromes par voie vaginale ne s'applique qu'aux tumeurs de petit volume. J'ai cependant extirpé par voie vaginale, et au moyen du morcellement, des fibromes volumineux, très volumineux même. — Je n'ai jamais eu d'insuccès après ces opérations.

Le morcellement exige de la patience de la part du chirurgien ; le secret de cette opération, c'est de couper sur les faces de l'utérus ou, si possible, dans l'intérieur de l'organe. En agissant ainsi on arrive à enlever le fibrome sans avoir placé une seule pince. L'hémostase préventive préconisée par Péan est donc inutile. Ce n'est qu'à la fin de l'opération, lorsque l'on a fait basculer au dehors ce qui reste d'utérus fibromateux, que l'on place les pinces de Richelot, comme dans une hystérectomie vaginale pour cancer.

De l'escharre sacrée à la suite d'une hystérectomie vaginale. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 8 octobre 1895.

Volumineux fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Guérison. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 4 novembre 1895.

Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Guérison. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 février 1896.

~~~

A propos du traitement chirurgical des fibromes utérins. Congrès de gynécologie d'Amsterdam, 1899.

~~~

De l'hystérectomie abdominale totale. Congrès français de chirurgie, 1899.

~~~

Fibrome utérin d'un certain volume développé aux dépens de la lèvre antérieure du col. Hystérectomie abdominale totale. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 11 novembre 1902.

~~~

Volumineux fibrome utérin développé aux dépens du col et inclus dans le ligament large. Hystérectomie abdominale totale. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, novembre 1905.

~~~

Fibromes utérins. Kyste de l'ovaire, kyste du ligament large, salpingites suppurées. Hystérectomie abdominale. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 octobre 1896.

~~~

Coexistence d'un fibrome utérin et d'un volumineux kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 10 janvier 1899.

Fibrome de l'utérus et kyste de l'ovaire. Zalidès, Thèse de Bordeaux 1899.

Fibrome de l'utérus et hydrosalpinx. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 septembre.

Pluralité de néoplasmes chez la même malade : fibrome utérin, cancer du sein, lipome sous-claviculaire. Soc. d'auat. et de physiol. de Bordeaux, 6 février 1905.

Deux observations d'hystérectomie abdominale pour cancer utérin. *In* Thèse de Bourges, Bordeaux 1903.

Essai d'angiotripsie dans un cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin et pour une amputation de cuisse. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 14 octobre 1898.

Du drainage abdominal dans l'hystérectomie abdominale totale au moyen de drains en aluminium. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 décembre 1898.

Résultats de l'hystéropexie. Congrès de gynécol., Bordeaux, octobre 1895.

Recherches cadavériques sur la fréquence des altérations des trompes et des ovaires : 17 pour 100 d'altérations. *In* travail de Terrillon sur : *Les ovarites et les salpingites.*

Accidents nerveux consécutifs à la salpingectomie. *In* Thèse Lacaze, Bordeaux 1891.

~~~~

Un cas de grossesse extra-utérine. Laparotomie au douzième mois. Soc. de gynécol. de Bordeaux, novembre 1893.

Examen histologique d'une pièce de grossesse tubaire. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 1893.

Un cas de grossesse tubaire. Laparotomie au 12e mois. Guérison. Observation suivie de réflexions. Congrès internat. de méd. de Rome et *Archives provinciales de chirurgie*, 1894.

Cas très intéressant observé chez une malade âgée de trente huit ans.

Le diagnostic de grossesse ectopique avait été posé pour les raisons suivantes :

1° La malade avait déjà eu une première grossesse tout à fait normale et il y avait lieu, dès lors, de supposer que, en cas de nouvelle grossesse utérine, les choses se seraient passées comme la première fois ou à peu près ; je sais bien que ce n'est là qu'un petit argument ; mais enfin il pouvait entrer en ligne de compte.

2° La durée de cette nouvelle grossesse, étant donné ce que je viens de dire au sujet de la première et étant donné surtout ce que nous savons sur la durée des grossesses en général, était vraiment surprenante, puisque nous étions presque à la fin du douzième mois.

3° Les antécédents péritonéaux, survenus à l'âge de vingt-quatre ans, devaient également attirer l'attention.

4° La marche de cette grossesse, ainsi que nous l'avons déjà dit, avait bien été celle de la grossesse extra-utérine : suppression des règles, apparition de phénomènes tubo-péritonéaux à chaque période menstruelle.

5° Les manœuvres pratiquées sur l'utérus de la malade (intro-
~~~~

duction de laminaires, d'un ballon de caoutchouc, etc.) auraient bien probablement provoqué l'expulsion du fœtus, s'il s'était agi d'une grossesse ordinaire.

6° Le siège nettement latéral gauche de la tumeur abdominale était en faveur de la grossesse ectopique.

7° Le col de l'utérus, à part la dilacération déjà signalée, ne présentait rien de particulier ; or, ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans les cas de grossesses utérines.

8° Le résultat de l'hystérométrie devait faire conclure à la vacuité de l'utérus.

9° Enfin, les renseignements fournis par le toucher vaginal et rectal étaient de la plus haute importance : par le toucher rectal on sentait des parties dures qui donnaient la sensation des os du crâne ; quant au doigt vaginal, il tombait dans le cul-de-sac postérieur sur une partie dure, distincte de l'utérus et transmettant les mouvements imprimés à la tumeur abdominale.

La mort de l'enfant avait pu être diagnostiquée, parce que :

1° La malade ne sentait plus remuer depuis le mois d'août.

2° L'auscultation pratiquée avec soin ne révélait l'existence d'aucun bruit fœtal.

3° A partir de cette époque, les crises périodiques avaient disparu.

L'opération consista en une laparotomie, suivie d'extraction du fœtus et de marsupialisation de la poche ; celle-ci était en partie calcifiée. Son ablation totale avait été rendue impraticable par les adhérences nombreuses et solides qui la fixaient à l'intestin et aux parois du bassin. La malade a fort bien guéri.

L'enfant était volumineux et bien conformé.

A propos de ce cas personnel, j'ai discuté la question des indications du moment de l'intervention dans la grossesse ectopique, en rappelant les opinions de Martin, de Pinard, de Pozzi, de Fargas, de Lugeol et j'ai indiqué le choix du procédé opératoire.

Inondation sanguine péritonéale consécutive à la rupture de la trompe droite. Laparotomie. Soc. de méd et de chir. de Bordeaux, 9 juin 1899.

Volumineuse pyosalpingite n'ayant déterminé aucune réaction ni locale, ni générale. Extirpation. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 14 janvier 1896.

De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation de certaines salpingites purulentes. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 novembre 1898.

Avantage, dans les suppurations annexielles, à décoller les annexes de bas en haut. Congrès français de chir. 1898. Discussion.

Extirpation d'une salpingite double et adhérente après hystérectomie abdominale totale par le procédé de Faure. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 13 janvier 1899.

Traitement des annexites. Indications de l'intervention et choix du procédé opératoire. De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des annexites suppurées et adhérentes. Leçon clinique. *Journal de méd. de Bordeaux*, 5 octobre 1902.

Au point de vue opératoire, il y a lieu de distinguer deux variétés de salpingites purulentes :

1° Les salpingites nettement limitées, non adhérentes, flottantes pour ainsi dire ; en un mot, les salpingites ayant un pédicule très net et formant une tumeur bien mobile ;

2° Les salpingites doubles, adhérentes de toutes parts, collées à l'utérus et à la paroi pelvienne, présentant même quelquefois des adhérences avec l'intestin et l'épiploon.

L'extirpation des premières est chose simple, on les traite après laparotomie comme un simple kyste pédiculé.

Les annexes sont détachées à l'aide des doigts, sont peu à

peu amenées à l'extérieur, pédiculisées au ras de l'utérus et sectionnées au thermocautère. Le pédicule est lié et réduit dans l'abdomen. C'est là une opération simple, facile et bénigne.

Mais il n'en est pas de même avec les salpingites suppurées appartenant à la deuxième catégorie, et ce sont les cas de cette catégorie, cas graves et difficiles, qu'il importe surtout d'envisager.

En présence de ces suppurations ovaro-salpingiennes doubles et adhérentes, formant un vrai bloc coulé dans le petit bassin, le chirurgien est fort embarrassé et ne sait, à vrai dire, comment les attaquer. Il se décide, en fin de compte, à détacher les poches de haut en bas, en incisant le péritoine, en détachant les adhérences ; mais ce travail est fort pénible et dangereux : le plus souvent, dès le début de l'opération, les poches sont déchirées et le pus fait irruption dans le petit bassin, risquant de couler plus loin et de souiller l'intestin.

Au sujet du mode opératoire que nécessitent ces lésions, je pense que : *dans l'extirpation des salpingites purulentes doubles, l'hystérectomie abdominale totale préalable est tout, le reste n'est rien.*

Autrement dit :

En présence de ces lésions salpingiennes étendues on ne doit pas s'occuper de la lésion elle-même, mais n'avoir d'autre but que d'extirper l'utérus.

En effet, dans les cas graves dont nous parlons, il est difficile et dangereux, avons-nous vu, de détacher ces poches adhérentes de toutes parts. Or, lorsque l'utérus est enlevé ou simplement détaché de ses insertions vaginales, il devient par contre facile de séparer, de soulever les collections purulentes salpingiennes de bas en haut et de dedans en dehors; les poches viennent pour ainsi dire d'elles-mêmes, à tel point qu'on est soi-même surpris de la facilité avec laquelle on les détache.

Cette manœuvre peut paraître banale et d'autres ont dû y songer, mais elle n'était cependant pas classique.

Au mois d'octobre 1897, M. Faure (de Paris), dans un article sur l'hystérectomie abdominale totale par section médiane,

faisait ressortir les avantages qu'offrait le détachement des salpingites suppurées de bas en haut, une fois l'utérus séparé de ses insertions vaginales. A la même époque, au Congrès de chirurgie, M. Monprofit (d'Angers) recommandait, dans les cas où la matrice paraît facilement abordable, d'enlever d'abord l'utérus et d'extirper ensuite les poches purulentes de bas en haut.

Au Congrès de chirurgie en 1898, M. Legueu a dit avoir, dans quelques cas de suppuration pelvienne, enlevé d'abord l'utérus et ensuite les annexes.

Avant les publications des chirurgiens précités, j'avais pratiqué deux fois l'extirpation des lésions salpingiennes graves et étendues, après hystérectomie abdominale totale, ce qui m'avait permis de décortiquer les annexes de bas en haut, et j'avais attiré l'attention de mes élèves sur la facilité de cette manœuvre.

Ma première opération fut pratiquée le 11 octobre 1896 et la seconde en septembre 1897.

J'ai depuis mis à profit un assez grand nombre de fois cette méthode et je n'ai cessé de la vulgariser.

L'ablation préalable de l'utérus peut être pratiquée de deux façons différentes; on peut : soit l'extirper d'une seule pièce, soit l'extirper moitié par moitié après l'avoir sectionné sur la ligne médiane; c'est l'hémisection de Faure. J'ai tout d'abord eu recours au premier procédé, mais je reconnais que le procédé de Faure est plus facile, plus sûr; c'est celui que j'emploie depuis longtemps déjà.

Rupture d'un volumineux kyste de l'ovaire. Laparotomie. Extirpation du kyste. Guérison. En collaboration avec M. Lafarelle. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 janvier 1898.

Marsupialisation des kystes de l'ovaire : deux observations. *In* Thèse Dupuy, Bordeaux 1898.

Rupture intra-péritonéale d'un kyste colloïde de l'ovaire. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 10 juillet 1900.

Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 1902.

Double kyste de l'ovaire chez une jeune fille de 16 ans 1/2. Difficulté du diagnostic. Ovariotomie. Guérison. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 8 octobre 1895.

Fibro-sarcome volumineux de l'ovaire gauche. Laparotomie. Guérison. En collaboration avec M. Texier. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 novembre 1895.

Volumineux kyste hématique de l'ovaire chez une jeune fille de 15 ans 1/2. Laparotomie. Guérison. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 22 décembre 1896.

Fibrome de l'ovaire. Testé, Thèse de Bordeaux 1900.

Kyste dermoïde de l'ovaire. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 15 mai 1905.

Kyste du canal de Nuck. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 mars 1898.

Absence complète du vagin. Création d'un vagin artificiel. Soc. de chir. de Paris, 30 octobre 1895.

Kyste dermoïde de la paroi antérieure du vagin. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 11 mars 1895.

Vagin cloisonné. Utérus biloculaire. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 9 juillet 1901.

Malformation du vagin et de l'utérus accompagnée d'hématométrie et d'hématocolpos supérieur. Hystérectomie abdominale totale. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 30 mars 1902.

Une jeune fille de dix-huit ans, jamais réglée, a eu, depuis trois ans, des crises douloureuses paroxystiques abdominales, mensuelles et périodiques, qui vont croissant d'intensité. Organes génitaux externes normaux. Le doigt était arrêté dans le vagin à 4 centimètres et ne sentait pas de col ; vagin fermé en cul-de-sac. Le palper bimanuel, puis le toucher rectal faisaient percevoir sur la ligne médiane une masse grosse comme une petite orange, s'effilant vers le bas en forme de col. L'ovaire droit paraissait grossi, l'ovaire gauche normal.

Je dilatai le vestige de vagin avec deux petites valves ; mais, après avoir sectionné transversalement le fond du cul-de-sac vaginal et disséqué la partie supra-vaginale en séparant la vessie du rectum jusqu'à pouvoir enfoncer mon index tout entier dans le canal artificiellement créé, je vis que, malgré ma pression abdominale, l'utérus ne descendait pas dans ce canal, d'ailleurs très étroit. Il fallait renoncer à perforer le col à travers ce long défilé vésico-rectal.

Je pratiquai alors la laparotomie. Je trouvai un utérus volumineux et congestionné, et un ovaire droit rempli de kystes.

Ovaire gauche sain. J'enlevai l'ovaire malade et sa trompe. Dans le désir d'éviter l'hystérectomie, j'incisai le cul-de-sac postérieur et attirai l'utérus en arrière pour avoir le col sous les yeux; je n'y pus découvrir le moindre orifice. D'ailleurs, je n'aurais pas pu abaisser suffisamment l'utérus pour que son contenu actuel et le sang des règles, à l'avenir, s'écoulassent librement dans le vagin.

Je détachai la vessie et trouvai alors un sac bleuâtre, allongé, qui était une portion de vagin dans laquelle s'était accumulé du sang venu de l'utérus. C'était un hématocolpos, limité d'une part par une membrane ayant à la face interne l'aspect de la muqueuse vaginale. Je l'incisai; j'en fis sortir tout le sang et terminai l'hystérectomie.

Je conservai l'ovaire et la trompe gauches.

De propos délibéré, j'enlevai l'appendice; ce que je fais dans certaines laparotomies.

Ce fait est intéressant : *Au point de vue anatomo-pathologique*. C'est la partie inférieure du vagin qui était malformée, contrairement à ce qu'on note le plus souvent, et à ce qu'on aurait pu croire si je n'avais pas fait la laparotomie. Or, on sait que la marche du développement du vagin aux dépens des conduits de Müller se fait de haut en bas.

Contrairement à ce que signale Pozzi dans ces cas, il n'y avait pas d'hématosalpinx.

Au point de vue chirurgical, je dois me féliciter de n'avoir pas persisté à opérer par la voie vaginale; j'aurais fini par inciser le sac vaginal supérieur; je l'aurais évacué, croyant que c'était l'unique foyer de rétention, et j'aurais laissé un utérus incapable d'expulser le sang qu'il contenait.

Donc, en dehors des cas simples, l'hystérectomie abdominale est ici l'opération de choix. Bien des malades qui ont succombé après une intervention vaginale auraient peut-être guéri par une intervention abdominale, qui aurait vérifié la totalité des lésions et les aurait réparées.

Appendice vaginal. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1892.

Langue vaginale. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 9 juin 1903.

Brides et adhérences utéro-vaginales. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 décembre 1892.

Volumineux kyste dermoïde de la grande lèvre. Soc. de gynécol. de Bordeaux, 12 février 1895.

REIN ET VESSIE DANS LES DEUX SEXES URÈTRE CHEZ LA FEMME

Un cas de rein flottant. *In* Thèse Bartet, Paris 1883.

Trois observations de rein mobile. Buret, Thèse de Bordeaux 1893.

Echalote sauvage introduite dans la vessie à travers l'urètre chez un homme. Cystite purulente et très douloureuse. Extraction du corps étranger intra-vésical par l'urétrotomie externe. Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1891.

Calcul extrait par la taille hypogastrique. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 28 novembre 1892.

De la suture de la vessie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 2 mars 1894.

J'ai expérimenté sur le chien et trois fois sur le vivant, pour la suture de la vessie, le procédé suivant, imité de celui de Chaput pour l'entérorraphie, procédé de l'abrasion : 1° excision d'une petite portion de la muqueuse vésicale ; 2° suture des surfaces cruentées ; 3° suture, par-dessus, de la face externe de la vessie avec ou sans péritoine, suivant les cas.

Ce procédé qui permet de rapprocher et de suturer des surfaces larges et saignantes m'a donné de bons résultats.

Du prolapsus de la muqueuse de l'urètre par l'orifice du méat chez la femme. Soc. clinique de Paris, 1885.

Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre chez la femme. Académie de médecine de Paris, octobre 1904.

Observation fort intéressante, que je résume en quelques mots :

En 1896, Mme X... commence à éprouver une certaine gêne dans la miction et quelques douleurs dans la région rénale droite. Quelque temps après, je constate que le rein droit est un peu volumineux. En 1900, rétention complète d'urine : ayant déjà constaté un rein volumineux, je me demandais si la rétention d'urine n'était pas due à une coudure de l'uretère. Au mois de février 1902, la malade éprouve subitement la sensation d'un corps étranger qui parcourt le canal de l'urètre et vient sortir à l'extérieur ; elle porte la main dans la région du méat urinaire et y constate la présence d'une petite boule de chair qu'elle cherche à arracher. Cette petite boule de chair finit par disparaître pour revenir trois semaines plus tard. Puis,

elle faisait une nouvelle apparition tous les huit jours environ ; quelquefois elle sortait deux ou trois fois dans la même journée. La petite tumeur disparaissait subitement, facilement, sous la pression exercée avec les doigts par la malade elle-même ; chaque fois qu'elle sortait elle déterminait de très vives douleurs.

La malade ne m'avait pas parlé de cette tumeur qui sortait par intermittence. Ce ne fut qu'au mois de mai que je pus la constater, avec M. le Professeur Lefour, qui avait vu aussi ma malade. Arrivés au moment d'une des crises qui accompagnaient la sortie de la tumeur, nous trouvâmes la malade très énervée, se tordant de douleur dans un fauteuil ; après l'avoir placée sur son lit en position gynécologique, nous constatons, en effet, l'existence d'une tumeur, arrondie, du volume d'une très grosse noisette, de coloration rouge, d'aspect rappelant bien celui d'une muqueuse congestionnée, siégeant à la partie supérieure de la vulve. A la palpation, elle donna la sensation d'une masse molle et dépressible ; en la soulevant et l'abaissant, en la repoussant à droite et à gauche, on voyait nettement qu'elle sortait de l'urètre ; un stylet enfoncé entre ce canal et la tumeur pénétrait profondément sans trouver d'obstacle. J'ajoute que la pression sur la tumeur augmentait la crise douloureuse.

Notre diagnostic fut posé immédiatement ; l'aspect de la tumeur et sa mollesse permettaient d'établir qu'il s'agissait non d'une véritable tumeur, mais d'un prolapsus d'une muqueuse. On ne pouvait songer qu'à un prolapsus de l'urètre ou de la muqueuse de la vessie. Or, dans le cas de prolapsus de la muqueuse urétrale, on voit un orifice au centre de la tumeur ; en outre, un stylet introduit entre les parois du canal et la masse du prolapsus est aussitôt arrêté par le repli de la muqueuse. L'examen nous avait révélé, par contre, que la petite tumeur était unie dans toute son étendue et qu'elle était indépendante du canal. Donc, nous pouvions affirmer qu'il s'agissait d'une chute de la muqueuse vésicale.

L'examen terminé, la tumeur fut facilement réduite par une légère pression des doigts ; elle rentra comme rentrent les hernies facilement réductibles.

Opération. — Nous proposâmes une intervention à M[me] X..., qui accepta avec empressement, espérant enfin toucher au terme de ses longues misères.

Cette opération fut pratiquée le mercredi 11 juin 1902, avec le bienveillant et précieux concours du Professeur Lefour. Anesthésie au chloroforme ; injection intra-vésicale pour dilater la vessie ; la malade est placée dans la position de Trendelenburg.

Je pratique la taille sus-pubienne. Un doigt introduit dans la vessie y reconnait l'existence d'une masse mollasse fixée à la partie droite de l'organe.

Après avoir agrandi l'incision vésicale et écarté les parois de la vessie, nous voyons nettement une languette rougeâtre, longue de 5 centimètres environ, large à sa base de 6 centimètres. Cette base ou pédicule s'implantait sur la partie latérale droite de la vessie, empiétant un peu sur la paroi inférieure et se trouvait située à 2 centimètres de l'orifice urétral.

La languette vésicale est attirée au moyen de pinces de Kocher et sectionnée à la base d'implantation ; les lèvres de l'incision sont suturées au catgut. Toute la muqueuse vésicale est congestionnée, mais on ne trouve aucune lésion.

Suture totale de la vessie au catgut également. Suture de la paroi abdominale à deux étages ; un orifice est ménagé à la partie inférieure pour le passage d'un petit drain dont l'extrémité interne plonge dans l'espace pré-vésical.

Pansement à la gaze et à la ouate stérilisées. Une sonde en caoutchouc rouge est placée à demeure dans la vessie. Le lambeau muqueux extirpé n'offre aucune lésion macroscopique ; il rappelle le lambeau vaginal que l'on taille dans la colpopérinéorraphie.

Les suites de l'opération furent troublées par quelques incidents, surtout par des crises vésicales assez violentes.

Le résultat fut excellent. Les douleurs de rein ont disparu, la miction est devenue normale ; la malade a beaucoup engraissé, elle peut faire des marches assez longues, elle se sent *vivre*, pour se servir de sa propre expression. La cicatrice abdominale est à peine visible.

A propos de cette observation, j'ai étudié la question du prolapsus de la muqueuse de la vessie, qui n'a été observé que chez la femme.

Les observations étiquetées prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre, au nombre de six, ne sont pas toutes probantes. On ne peut guère en accepter comme réelles qu'une ou deux.

La pathogénie de l'affection a été fort discutée; la plupart des explications me paraissent un peu forcées. Je pense que pour le moment il n'y a pas une théorie pouvant expliquer le prolapsus de la muqueuse de la vessie et j'admets simplement que ce prolapsus reconnaît pour cause une laxité spéciale de la muqueuse, la dilatabilité du col et de l'urètre. Lorsque le décollement existe, les efforts de la miction ne font que l'augmenter.

Il faut distinguer deux périodes ou phases dans la symptomatologie: 1° période de début, caractérisée par: gêne de la miction, douleurs vésicales, interruption dans le jet de l'urine, rétention même, douleurs rénales; 2° période d'état: apparition subite d'une tumeur à la partie supérieure de la vulve; voilà le signe pathognomonique. Cette tumeur présente les caractères que j'ai signalés dans mon observation.

Le diagnostic, on le devine, est à peu près impossible dans la période de début. On peut songer alors à différentes affections de la vessie et des reins.

Dans la deuxième période, lorsqu'il y a apparition d'une tumeur, on devra faire le diagnostic avec: la hernie totale de la vessie, une tumeur pédiculée de la vessie, un polype de l'urètre, le prolapsus de la muqueuse de l'urètre.

L'intervention, dans les cas de prolapsus de la muqueuse vésicale, peut être pratiquée par deux voies: *a*) par les voies naturelles, à travers l'urètre; *b)* par l'abdomen, c'est-à-dire à travers la vessie.

Lorsque le pédicule de la tumeur est mince, que l'urètre est dilaté ou se prête suffisamment à la dilatation, on peut saisir la tumeur, l'attirer au dehors et sectionner son pédicule.

Mais cette méthode ne convient pas à tous les cas. Si la

tumeur a un pédicule court, une large base d'implantation; si l'on ne peut obtenir une dilatation suffisante de l'urètre, ou ne peut enlever la tumeur par les voies naturelles, on doit pratiquer la taille sus-pubienne. Cette opération offre de grands avantages: l'opérateur se rend mieux compte de la forme, du siège de la tumeur; il surveille mieux toutes ses manœuvres opératoires, il voit bien ce qu'il fait.

Empalement périnéal. Perforation du rectum et de la vessie. Intervention. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1905.

A la suite d'un empalement, un homme rendait les urines par l'anus et des matières fécales par l'urètre. Après avoir pratiqué la taille hypogastrique, je suturai la fistule vésico-rectale et j'eus le bonheur de guérir mon malade.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

Affection gangréneuse ou anthracoïde du gland. Soc. clinique de Paris et *France médicale*, 1887.

Cancer de la verge. Amputation de la verge. Lasserre, Thèse de Bordeaux, 1894.

Concrétions sous-préputiales. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 15 janvier 1894.

Petit procédé pour trouver le bout postérieur de l'urètre dans l'urétrotomie externe. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 décembre 1893.

Un cas de prostatectomie périnéale. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 12 décembre 1902.

Abcès de la prostate ayant fusé brusquement vers le périnée antérieur, sans troubles précurseurs. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, novembre 1905.

Hématocèle et sarcome de la tunique vaginale. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 décembre 1895.

Vaginalite suppurée. En collaboration avec M. Dubourdieu. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1905.

Hématocèle de l'épididyme. Bodiou, Thèse de Bordeaux 1903.

Cancer développé sur un testicule en ectopie. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 11 novembre 1895.

Cancer d'un testicule. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 16 décembre 1895.

Tumeur maligne développée sur un testicule en ectopie. Castration. Leçon clinique, *in Journal de méd. de Bordeaux*, 24 novembre 1895.

De la section systématique de la paroi antérieure du canal inguinal permettant, dans la castration, de couper le cordon le plus loin possible et de pratiquer le curage du canal inguinal et de la fosse iliaque. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 23 septembre 1901.

Méthode rationnelle pour pratiquer la castration, par la section systématique du canal inguinal *Journal de méd. de Bordeaux*, 16 et 23 février 1902.

Technique de la castration par la section systématique de la paroi antérieure du canal inguinal. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 25 avril 1902.

Cancer du testicule et kyste du cordon. Castration large après section de la paroi antérieure du canal inguinal. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 20 juin 1902.

Méthode rationnelle de castration dans les tumeurs malignes du testicule. Congrès français de chirurgie, 1902.

Il est admis depuis longtemps que la chirurgie du cancer doit être large, sous peine d'être inutile. Et cependant, lorsqu'on consulte les auteurs au chapitre castration, on est surpris de constater combien cette opération est conçue d'une façon parcimonieuse, même dans les cas de tumeurs malignes du testicule.

Il y a un contraste frappant entre la conduite opératoire adoptée dans les cas de cancer du testicule et celle que l'on suit habituellement dans la chirurgie du cancer en général. Quelle différence entre ces castrations parcimonieuses et ces larges exérèses que nous pratiquons pour les tumeurs malignes du sein, par exemple!

Il serait logique de faire, pour le testicule, ce qui se fait pour le sein, pour le rectum, ce que l'on cherche à faire pour l'utérus

Appliquant au traitement chirurgical du cancer du testicule la loi générale qui régit la chirurgie du cancer, je pratique la castration, depuis quelques années déjà, par une méthode que l'on pourrait appeler rationnelle et qui doit, mieux que toute autre, permettre de reculer les limites de la rédicive. Cette méthode consiste à sectionner les éléments du cordon dans le ventre, après avoir fendu la paroi antérieure du canal inguinal et coupé la couche musculaire de la paroi abdominale. Cette incision permet ainsi d'extirper les ganglions engorgés.

Chez deux malades, j'ai rencontré des ganglions dans le canal

inguinal et j'ai pu les extirper grâce à l'emploi de ma méthode Ces deux faits méritent d'être signalés.

Chez un malade que j'ai opéré au mois de mai de l'année 1901, on put constater nettement la présence de trois ganglions de grosseur différente, échelonnés au-devant du cordon. L'inférieur, le plus volumineux, se trouvait au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal; le moyen, un peu moins gros, siégeait à la partie moyenne du canal; le supérieur, le plus petit de tous, reposait au-devant de la fossette inguinale externe.

Il est à faire remarquer que le volume de ces ganglions allait en décroissant de bas en haut. Il y avait donc lieu d'espérer que le groupe ganglionnaire lombaire juxta-aortique n'avait pas été touché par l'affection cancéreuse.

Chez un autre malade que j'ai opéré au mois de juin de l'année 1902, j'ai trouvé un ganglion au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et un second situé à la partie supérieure du même canal.

Si, chez ces deux malades, on n'avait pas cherché à sectionner loin le cordon, après ouverture du canal inguinal, on aurait abandonné dans l'organisme ces ganglions infectés. On aurait donc laissé ces malades dans une situation très déplorable. Le fait d'avoir pu extirper, chez ces malades, des ganglions situés dans le canal inguinal constitue un argument d'une grande valeur en faveur de la méthode.

Je crois que, même sans toucher aux ganglions juxta-aortiques, on doit modifier le pronostic de la castration en sectionnant les éléments du cordon dans le ventre. D'abord, parce que l'on extirpe ainsi les ganglions du canal et ceux de la fosse iliaque, quand ils existent; en second lieu, parce qu'on résèque une grande étendue du canal déférent, ce qui permet de s'éloigner de la lésion initiale; enfin, parce qu'on résèque forcément dans une certaine étendue les lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux. Si la méthode n'est pas radicale, elle est du moins plus complète que les autres procédés couramment employés.

Il me semble donc permis d'énoncer la formule suivante :

Lorsqu'on pratique la castration pour tumeur maligne du testicule, il faut sectionner les éléments du cordon aussi loin que possible dans le ventre, après avoir fendu le canal inguinal ainsi qu'une partie de la paroi abdominale, et pratiquer cette section profonde systématiquement, alors même que l'examen clinique n'aura pas révélé la présence d'une adénopathie et que l'on ne trouvera pas traces de lésions sur le susdit cordon. Cette méthode permettra de couper loin du mal et de faire le curage des régions traversées, canal inguinal et fosse iliaque interne, où peuvent se trouver des ganglions engorgés.

Au point de vue de la technique opératoire, il faut pratiquer une incision assez étendue qui n'est autre que celle de Marcellin Duval pour la ligature de l'iliaque primitive ; cette incision remontera plus haut vers l'épine iliaque antérieure et descendra plus bas vers le pubis. Après avoir sectionné la paroi antérieure du canal inguinal, la couche musculaire sus-jacente et effondré la paroi postérieure du canal inguinal, on soulèvera le péritoine et on ira sectionner séparément et aussi loin que possible le canal déférent et les vaisseaux spermatiques.

MEMBRES SUPÉRIEURS

De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1887.

De la luxation de l'épaule en bas et en arrière. Luxation rétro-axillaire, luxation sous-tricipitale. *Journal de méd. de Bordeaux,* 17 avril 1892.

Dans ces deux publications j'ai étudié ces variétés de luxation de l'épaule au point de vue du mécanisme, de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement.

Luxation de l'épaule gauche chez un petit enfant, quinze jours après sa naissance. *Journal de méd. de Bordeaux*, 7 mai 1892.

Séquestre de la clavicule. Extirpation. Guérison. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1897.

Fracture de la clavicule. Suture osseuse. Bec, Thèse de Bordeaux, 1895.

Volumineux lipome deltoïdien. En collaboration avec M. Laubie. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 23 août 1897.

De l'intervention chirurgicale tardive ou précoce dans quelques cas de fracture. Congrès français de chirurgie, 1895.

Amputation inter-scapulo-thoracique pour sarcome de l'aisselle. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 9 octobre 1900.

Chez un jeune homme atteint d'une volumineuse tumeur maligne de l'aisselle, collée au thorax, à l'articulation de l'épaule et à l'humérus, j'ai pratiqué la désarticulation inter-scapulo-thoracique par le procédé Berger-Farabeuf.

Avec mon élève Papon, j'ai répété sur le cadavre les différents procédés d'amputation inter-scapulo-thoracique, procédés de Chauvel, Gross, Chalot, Le Conte, Berger-Farabeuf.

Ce dernier procédé est le plus simple et le plus sûr : il permet de prévenir les dangers auxquels expose l'amputation inter-scapulo-thoracique. Ces dangers sont : l'hémorragie et l'entrée de l'air dans les veines. Pour les éviter, on pratique, dès le

début de l'opération, la ligature de l'artère et de la veine sous-clavière après résection de la clavicule.

Recherches expérimentales sur la suture des veines. En collaboration avec M. Brachet. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 octobre 1895.

Deux cas de suture de la veine axillaire. *In* Congrès français de chirurgie, 1906.

De la suture des veines. Faits cliniques et expérimentaux. Congrès français de chirurgie, 1906.

J'ai pratiqué sur le chien, avec mon élève Brachet, des expériences sur la suture des veines.

La technique de la suture veineuse est fort simple. Pour obtenir l'hémostase provisoire, indispensable au cours de la suture, nous nous sommes servis d'une sonde cannelée passée au-dessous de la veine; la simple traction sur le vaisseau nous a permis d'opérer sans être nullement incommodés par l'écoulement sanguin. Comme aiguilles, nous avons choisi de petites aiguilles à suture intestinale et, comme fil, la soie, qui nous a semblé permettre un affrontement plus exact des lèvres de la plaie.

La suture, en surjet et perforante, comprenait la gaine vasculaire et les bords de la plaie veineuse, de telle sorte que les bords étaient accolés par leur surface endothéliale. Enfin, un second plan de suture en surjet était pratiqué par-dessus la suture veineuse, avec le tissu cellulaire péri-vasculaire. C'est là une excellente précaution destinée à empêcher des petites infiltrations sanguines et à consolider la suture de la veine.

Afin de nous rendre compte des résultats de nos expériences, nous avons examiné macroscopiquement et fait examiner microscopiquement deux veines suturées. Ces veines étaient perméables et l'on a constaté l'existence d'une cicatrice solide au niveau des points suturés.

La suture veineuse est utile dans les cas de plaies de grosses

veines qu'il serait imprudent de lier, telles que: veine axillaire, veine fémorale, et surtout veine porte, veine cave inférieure, trone veineux brachio-céphalique.

Anévrisme de l'artére humérale. Intervention. Guérison. Soc. d'anat. et de physiol de Bordeaux, 1906.

Sarcome de l'avant-bras. Amputation du bras. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 20 février 1899.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez les automobilistes. En collaboration avec le docteur Creuzan. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 27 avril 1899.

Le docteur Creuzan (de la Souys) et moi nous avons signalé, les premiers, en 1900, un accident assez fréquent chez les automobilistes: la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Depuis, un eertain nombre d'observations de ees fractures ont été publiées et la question a été discutée en 1904 à la Société de chirurgie de Paris. Mon élève Bonduel a étudié ees fraetures dans sa thèse de doetorat en 1905.

La fraeture du radius ehez les automobilistes est due à un mécanisme bien connu des ehauffeurs et qu'ils désignent sous le nom de retour de manivelle. Voici eomment se produit ce retour de manivelle.

La manivelle dont il s'agit iei est plaeée à l'avant de la voiture et sert à mettre le moteur en mouvement. Pour cela, le mécanicien saisit cette manivelle à pleine main, puis il la repousse de façon que son axe vienne s'engrener avec le moteur. A ee moment, il lui imprime un rapide mouvement de rotation de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre. Le moteur se trouve ainsi lancé et se met à fonctionner, grâce à l'allumage du mélange détonant qui se produit à ee moment-là.

Le chauffeur a déjà abandonné la manivelle qui se trouve repoussée en avant par un ressort et, se dégageant ainsi du moteur, parcourt encore un chemin plus ou moins grand, puis s'arrête spontanément. Voilà ce qui se passe le plus ordinairement. Mais, dans certains cas, au moment où le mécanicien imprime à la manivelle le mouvement de rotation, il se produit une explosion prématurée qui chasse violemment la manivelle à contre-sens. Si le chauffeur peut retirer à temps la main qui tient la manivelle, celle-ci repoussée par le ressort abandonne le moteur, s'arrête bientôt spontanément et rien de fâcheux ne se produit.

Mais si la main n'est pas dégagée à temps, elle subit de la part de la manivelle un traumatisme dont le résultat le plus typique et le plus intéressant est la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Cette fracture se produit par des mécanismes divers que l'on peut étudier aisément par le récit et l'examen des blessés.

Tantôt la fracture se produirait par choc violent sur le talon de la main, tantôt la poignée de la manivelle viendrait frapper le poignet, tantôt la main se trouverait renversée en arrière, en hyperextension (fracture par arrachement).

On peut expérimentalement reproduire ces fractures sur le cadavre ; en fixant l'avant-bras, le coude appuyé et en renversant tout à coup la main en arrière, on produit ainsi des fractures identiques aux précédentes.

Les lésions peuvent consister soit dans un arrachement de l'apophyse styloïde, soit dans une fracture plus étendue et siégeant sur l'épiphyse.

Dans la fracture par arrachement, la plus intéressante, il n'y a pas engrènement des fragments ; or, c'est la pénétration des fragments qui produit la déformation en dos de fourchette. Voilà pourquoi cette déformation ne s'observe pas, ou s'observe rarement, dans la fracture des chauffeurs. L'absence de déformation est donc le signe caractéristique de ces fractures et c'est ce qui rend parfois difficile le diagnostic.

Le meilleur traitement de ces fractures, c'est le massage et la mobilisation.

De la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1890.

Varices ampullaires siégeant au niveau de la face antérieure du poignet droit. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 janvier 1905.

Fracture du scaphoïde carpien. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 6 février 1905.

Procédé de résection du poignet : procédé d'Obolinsky. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 janvier 1894.

De la résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire. Congrès pour l'avancement des sciences, Bordeaux, 1895.

De la résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou trans-métacarpienne. *Journal de méd. de Bordeaux*, 28 avril 1901.

J'eus l'occasion de voir pratiquer ce procédé à Bologne, par le professeur Novaro, lors d'un voyage scientifique en Italie. Il avait déjà été pratiqué par Studsgard (de Copenhague). Bassini et moi-même l'avons pratiqué après ces chirurgiens.

Tous les procédés de résection du poignet sont justiciables du même reproche, à savoir : qu'ils ne donnent pas un jour suffisant pour permettre de poursuivre facilement les lésions dans les différentes parties de l'article malade. Celui de Studsgard donne un large accès vers l'articulation.

Ce procédé consiste en deux incisions longitudinales, l'une dorsale et l'autre palmaire, réunies au niveau de la commissure qui sépare le troisième doigt du quatrième ; après section des parties molles, on écarte les deux tronçons de la main, qui se trouve transformée en une main bifide. On se crée ainsi une

large voie permettant d'extirper facilement les os du carpe et une partie de ceux du métacarpe et de l'avant-bras, si besoin est, ainsi que les fongosités articulaires et tendineuses.

Ce procédé présente comme avantages : 1° d'être plus facile que les autres, en tant qu'exécution; 2° de donner d'excellents résultats thérapeutiques puisqu'il permet de poursuivre les lésions ostéo-articulaires et tendineuses jusque dans leurs derniers retranchements. J'ajoute qu'il a donné d'excellents résultats fonctionnels.

Ce procédé est surtout indiqué : 1° dans les cas de lésions très étendues réclamant presque l'amputation; 2° dans les cas où il y a des dépôts tuberculeux dans les gaines des tendons.

~~~

Fibro-lipome du petit doigt. Soc. clinique de Paris, 1886.

~~~

Fibrome du petit doigt. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1889.

~~~

Kyste synovial carpo-métacarpien. Soc. anatomique de Paris 1887.

~~~

Doigt à ressort. Soc. anat., Paris 1889.

~~~

Ostéomyélite d'une phalange. En collaboration avec M. Ginestous. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 30 octobre 1899.

~~~

Kyste à contenu sébacé de la face palmaire du petit doigt. Soc. clinique de Paris, 1886.

Kyste à contenu sébacé de la paume de la main. Soc. anat. de Paris, 1887.

Kyste à contenu sébacé de la face palmaire de l'index. Soc. anat. de Paris, 1887.

Le hasard m'ayant permis d'observer trois cas de kystes de la face palmaire des doigts et de la main, renfermant une matière sébacée, j'ai attiré de nouveau l'attention sur ces kystes dont le siège paraissait insolite, étant donnée l'absence des glandes sébacées à la face palmaire de la main et des doigts. Il s'agissait évidemment de kystes épidermiques, comparables, au point de vue pathogénique, aux tumeurs perlées de l'iris. Je désignai ces kystes des doigts sous le nom de kystes à contenu sébacé, pour faire ressortir l'aspect de ce contenu, bien que ces kystes ne fussent pas d'origine sébacée.

~~~

Opération destinée à réaliser l'indépendance des mouvements des doigts chez les artistes instrumentistes. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 novembre 1904.

Avec mon élève, M. Villeroux, j'ai étudié sur ses propres mains et sur le cadavre, le rôle que jouent, dans les mouvements des doigts, les expansions fibreuses unissant les tendons extenseurs. Les expansions fibreuses qui relient les tendons de l'extenseur commun constituent à peu près le seul obstacle à l'indépendance des mouvements des doigts. Les pianistes ne peuvent arriver, même après de longues années d'études, à faire céder ces languettes fibreuses trop résistantes. Les tendons se tiraillent réciproquement et se déplacent transversalement.

Nous avons donc songé à rendre l'indépendance aux doigts par la simple section de ces expansions fibreuses.

M. Villeroux, qui est un pianiste distingué, voulut bien se soumettre lui-même à cette petite opération qui fut pratiquée le 22 décembre 1904.

La main fut soigneusement aseptisée par des lavages successifs au savon, à l'alcool et enfin au cyanure de mercure.

Chloroformisation normale.

Ligne d'incision longitudinale sur la peau recouvrant le tendon de l'annulaire, d'une longueur de 2 centimètres environ. La pointe inférieure de l'incision est située à 2 cent. 1/2 de
~~~

l'articulation métacarpo-phalangienne. On tombe sur le tissu cellulaire sous-cutané et on récline une grosse veine qui chemine à ce niveau. On sectionne ensuite l'aponévrose superficielle.

On aperçoit alors le tendon, flanqué d'une expansion aponévrotique très oblique, descendant du tendon de l'annulaire vers celui du médius. Elle est brillante, nacrée, à bords très nets.

Du côté du petit doigt, le tendon correspondant naît du tendon de l'annulaire. Rien à faire de ce côté.

On sectionne alors l'expansion le long du bord interne du médius, en ayant soin de ne point laisser la moindre bride flottante. Même opération sur le bord correspondant du tendon de l'annulaire, l'expansion est ainsi réséquée.

On assure l'hémostase, et on ferme la plaie par trois points de suture aux crins de Florence.

Pansement aseptique : gaze et ouate stérilisées ; attelle sur la face palmaire pour assurer l'immobilité.

Voici les résultats de notre intervention, tels que les rapporte M. Villeroux dans sa thèse :

« Lorsque toute liberté a été rendue à notre main, nous n'avons pu tout de suite aborder de grandes difficultés en raison de l'immobilité prolongée de nos articulations. Cette raideur articulée a d'ailleurs été de courte durée, puisqu'au bout de cinq à six heures il n'y paraissait presque plus.

» Nous sommes arrivé dans les premiers jours à la même virtuosité que nous avions acquise à force d'exercices avant l'opération. Nous n'avons pas immédiatement remarqué d'indépendance complète entre le troisième et le quatrième doigts, lorsque nous avons repris cet exercice mentionné plus haut. Et cependant nous avions dans nos efforts une sensation bien différente de celle d'autrefois : c'est que nos tissus s'assouplissaient avec une merveilleuse rapidité ; la facilité de notre jeu s'accroissait d'une façon très appréciable après quelques minutes seulement de travail sur le clavier. Nous reprenions cet exercice le lendemain et le phénomène se reproduisait de la même manière. Peu à peu l'indépendance a été manifestement obtenue, et à

l'heure où nous écrivons ces lignes les résultats mécaniques sont remarquables.

» D'ailleurs, les troisième et quatrième doigts ne sont pas les seuls à avoir bénéficié de cette opération. L'index et le petit doigt ont aussi acquis une liberté, non complète, il est vrai, mais cependant assez appréciable. Ceci s'explique par ce fait que la flexion ou l'extension d'un doigt n'agissait pas seulement autrefois sur le doigt voisin, mais encore sur le suivant, comme il a été démontré dans le cours de cette thèse. C'est ainsi que nous nous expliquons la facilité avec laquelle nous pouvons maintenant jouer l'Etude VII de Chopin, ou encore l'Etude V du même auteur (*ut* majeur et *sol* bémol majeur).

» Les tissus mous, peau et tissu cellulaire, ont cédé très vite sous l'influence de ces exercices. L'indépendance du médius et de l'annulaire est devenue plus apparente. Le petit doigt, dont le tendon naît de celui de l'annulaire a gagné aussi à cette opération. L'étude de Clémenti dont nous avons parlé déjà, la première étude de Chopin, certains passages du *Clavecin bien tempéré* trouvent des doigts moins rebelles. »

Deux observations de paralysie post-anesthésique. *In* Thèse Nuel, 1900.

MEMBRES INFÉRIEURS

Technique de la désarticulation inter-ilio-abdominale. En collaboration avec M. Bussières. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 5 décembre 1904.

Avec mon élève Bussières, j'ai étudié, sur le cadavre, la technique de la désarticulation inter-ilio-abdominale. Nous avons répété les procédés de Jaboulay, de Girard, de Bardenheuer, de Salichtcheff ; le meilleur nous a paru être celui de Jaboulay, mais nous l'avons un peu modifié et décrit d'une façon différente.

Voici l'incision cutanée et la marche de l'opération que nous avons adoptées ;

1° Incision : *a*) Première incision de la symphyse pubienne à la symphyse sacro-iliaque en suivant l'arcade crurale et la crête iliaque ; *b*) deuxième incision partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, descendant convexe en dedans sur la face antérieure de la cuisse, contournant les faces externe et postérieure au-dessous du pli fessier et venant aboutir à la symphyse pubienne, en passant, convexe en dehors, sur la face antérieure de la cuisse.

2° Ligature des vaisseaux iliaques primitifs : après dégagement de l'arcade crurale, section des muscles de la crête iliaque et décollement du péritoine.

3° Désarticulation de la hanche.

4° Séparation de l'os coxal au niveau de la symphyse pubienne ou mieux en dehors de cette symphyse.

5° Libération de la face externe de l'os coxal.

6° Libération de la face interne.

7° Séparation au niveau de la symphyse sous-iliaque.

8° Ablation de l'os coxal.

~~~

Désarticulation de la hanche. Comment doit-on se comporter vis-à-vis de la cavité cotyloïde ? Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1894.

~~~

Sarcome de la cuisse. Désarticulation de la hanche. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 juin 1897.

~~~

Désarticulation de la hanche pour sarcome récidivé de la cuisse. Guérison maintenue six ans et demi après l'opération. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1903.

~~~

Ecrasement du membre inférieur gauche. Désarticulation de la hanche. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 14 novembre 1892.

~~~~

Kyste hydatique du pli de l'aine. *In* Thèse Marguet, Paris 1888.

~~~~

Volumineuse dilatation de la veine saphène interne. Extirpation. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 27 novembre 1893.

~~~~

Dissection et examen histologique de la précédente pièce. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 11 décembre 1893.

~~~~

Volumineuse dilatation de la veine saphène interne. Phlébite consécutive à la fièvre typhoïde. Extirpation de la poche et résection de la saphène interne. En collaboration avec M. Mongour. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 novembre 1895.

~~~~

Varices du membre inférieur droit. Résection de la veine saphène interne. Lutaud, Thèse de Bordeaux 1906.

~~~~

Gangrène avec emphysème du membre inférieur, guérie par l'amputation. En collaboration avec M. H. Lamarque. *Archives cliniques de Bordeaux*, juin 1894.

~~~~
~~~~

Diabète. Albuminurie légère. Gangrène du pied. Amputation de la cuisse. Nouvelle intervention cinq ans plus tard, dirigée contre les spasmes du moignon. Guérison. *In* Thèse Patterson, Bordeaux 1904.

Cas intéressant par : 1° le bon résultat de l'opération chez un diabétique albuminurique présentant un état général des plus graves ; 2° apparition après l'amputation non pas de douleurs du moignon, mais de spasmes du moignon. Ce fait est, je crois, extrêmement rare.

Rupture sus-rotulienne du quadriceps des deux côtés. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 décembre 1905.

Fracture ancienne de la rotule ; cal fibreux court et flexible ; fragment hypertrophié ; flexion normale. Soc. d'anat. de Paris, 1888.

Ce cas vient confirmer les idées émises et si bien défendues par Chaput dans sa thèse de doctorat sur l'anatomie pathologique des fractures de la rotule et sur les indications de l'intervention, suivant qu'on a affaire à tel ou tel type de fracture.

Fracture de la rotule. En collaboration avec M. Ginestous. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 31 juillet 1899.

Trois observations d'hémarthrose du genou, traitées par la ponction. *In* Thèse Pujol, Bordeaux 1898.

Ankylose des deux membres inférieurs dans la flexion. Résection orthopédique des deux genoux. Congrès de pédiatrie. Bordeaux 1895.

Cas intéressant au point de vue pathogénique et thérapeutique.

Une fillette, âgée de douze ans, m'est présentée avec les deux jambes en flexion extrême sur les cuisses : c'était un véritable cul-de-jatte. La flexion des jambes sur les cuisses datait de la naissance.

Inutile d'ajouter que la petite malade était absolument infirme; une domestique, attachée à sa personne, devait la transporter lorsqu'elle voulait se déplacer.

Je pratiquai la résection des deux genoux et je remis les jambes dans la rectitude. Depuis, la malade n'a besoin de personne : avec des béquilles ou des cannes, elle peut aller partout et même monter et descendre des escaliers.

~~~

Anévrisme de l'artère poplitée. Extirpation totale du sac anévrismal. Suture circulaire de la veine poplitée. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, novembre 1906.

Ce cas est des plus intéressants par la nature de l'intervention et le résultat obtenu.

Un jeune homme nous est adressé à l'hôpital, pour un anévrisme de l'artère poplitée; le diagnostic était simple, car ce cas était typique : on y trouvait tous les signes de l'anévrisme artériel.

Après avoir discuté les différentes méthodes de traitement, je me décidai à pratiquer l'extirpation totale du sac. Je sectionnai donc les parties molles, dans le creux poplité, je coupai l'artère poplitée au-dessus et au-dessous de la poche anévrismale et j'extirpai celle-ci comme une tumeur.
~~~

Avant de commencer l'opération, j'avais eu soin de pratiquer la ligature temporaire de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa, ou plutôt, je m'étais contenté de passer sous cette artère un fil que j'aurais serré plus ou moins si j'avais eu une hémorragie sérieuse au cours de l'extirpation de l'anévrisme.

Pendant le détachement du sac anévrismal, je reconnus que ce sac adhérait d'une façon intime à la veine poplitée. Malgré toutes les précautions prises pour détacher le sac de la veine, celle-ci fut déchirée. L'étendue de la déchirure était telle que je ne pouvais songer à faire une suture latérale. Il fallait donc, ou lier les deux bouts de la veine, ou tenter une suture circulaire.

Je me décidai à pratiquer cette suture circulaire.

Les suites de l'intervention furent des plus simples : il n'y eut chez mon opéré ni trace de défaut de circulation, ni trace d'œdème dans le membre inférieur.

Ce cas vient confirmer les bons résultats que donne l'extirpation totale des anévrismes et plaide en faveur de la suture des veines.

~~~

De l'amputation de jambe par la méthode bordelaise.
Journ. de méd. de Bordeaux, 4 mai 1894.

Le procédé d'amputation de jambe dit bordelais a été imaginé par M. le Dr Dudon. Sa technique en est fort simple et ses résultats sont excellents, ainsi que j'ai pu le constater à plusieurs reprises. J'estime que ce procédé doit être le procédé de choix pour l'amputation de jambe au lieu d'élection. Aussi n'ai-je cessé de le vulgariser par ma pratique et dans mes conférences de médecine opératoire.

Le procédé bordelais consiste dans la taille de deux lambeaux latéraux, l'externe devant être plus grand que l'interne. Pour commencer à tailler le lambeau externe, le couteau doit attaquer les parties molles en avant, dans l'espace qui sépare le tibia du péroné.
~~~

Les avantages de ce procédé sont : 1° l'absence de gangrène des lambeaux, accident fréquent avec le lambeau externe classique. Cette absence de gangrène s'explique par ce fait que le lambeau externe est ici formé surtout par les péroniers et les muscles postérieurs, la petite portion du jambier antérieur comprise dans le lambeau interne est coupée transversalement; donc, l'artère tibiale antérieure est coupée aussi transversalement et dans une petite étendue.

2° Esthétique du lambeau et du moignon : les lambeaux étant plus courts que le lambeau externe de Farabeuf, il y a plus de régularité.

3° Siège de la cicatrice et utilité du moignon :

Dans le procédé de Farabeuf, la cicatrice siège sur la face interne du tibia et près de la crête de cet os; elle repose donc sur un plan résistant. Dans le procédé bordelais, au contraire, la cicatrice se trouve couchée dans un plan dépressible, en avant de l'espace inter-osseux.

4° Limite des indications. La longueur du lambeau externe de Farabeuf exige une grande étendue de parties saines. Il ne sera donc pas de mise, dans certains cas d'ulcères remontant un peu haut, à la suite de traumatismes atteignant ou dépassant le tiers moyen de la jambe, dans les tuberculoses du cou-de-pied, avec infiltrations dans une certaine étendue des os ou des muscles de la jambe. Le procédé à deux lambeaux, diminuant la longueur du lambeau externe, trouvera plus souvent son indication; en un mot, ce procédé permet de couper plus haut.

5° Facilité et rapidité d'exécution. Il n'y a pas de comparaison à établir à ce point de vue entre les deux procédés : la supériorité revient incontestablement au procédé bordelais.

En effet, la taille des muscles et la recherche de la conservation de l'artère tibiale antérieure constituent un travail très délicat dans le procédé de Farabeuf.

Luxation de l'astragale. Astragalectomie. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 13 avril 1896.

~~~

Radiographie d'un pied après une extirpation de l'astragale pour luxation complète de cet os. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1897.

~~~

Luxation totale de l'astragale par rotation, accompagnée d'une fracture étendue de l'os. Astragalectomie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 24 février 1905.

~~~

La ligature de l'artère pédieuse. *Journal de méd. de Bordeaux*, août 1906.

Dans son type classique, idéal, l'artère pédieuse, continuation de l'artère tibiale antérieure, s'étend un peu obliquement, de dehors en dedans, du bord inférieur du ligament frondiforme, à l'extrémité postérieure du premier espace intermétatarsien ; en ce point, la pédieuse plonge dans le premier espace interosseux, perfore cet espace et va s'anastomoser, à plein canal, avec la terminaison de l'artère plantaire externe.

D'abord située entre le tendon extenseur propre du gros orteil et les tendons extenseurs communs, l'artère se cache ensuite sous le chef interne du pédieux et apparait enfin en dehors du tendon de ce chef interne.

Mais la pédieuse est sujette à des anomalies.

Bien mieux, Salvi a donné une nouvelle description de cette artère ; d'après cet auteur, la pédieuse, après avoir quitté le ligament annulaire antérieur du tarse, se diviserait en deux branches : l'une interne, qui représenterait la pédieuse classique, l'autre externe, qui se porterait en dehors, vers le 5e métatarsien.
~~~

Les classiques ne décrivent qu'un seul procédé de ligature de la pédieuse, la ligature à la partie antérieure du tarse. Or, d'après les recherches de Salvi, en pratiquant la ligature à ce niveau, on risque : ou de ne pas trouver d'artère, ou, si l'on en trouve une, de lier seulement une des branches de la pédieuse, la branche interne, laissant ainsi au-dessus du fil la branche externe et le tronc de l'artère.

Donc, il est plus logique et plus chirurgical de lier la pédieuse à sa partie postérieure, c'est-à-dire à son origine.

Si l'on veut conserver la ligature classique de la pédieuse, il faut au moins décrire aussi la ligature à la partie postérieure.

Tuberculose étendue du pied : tarso-métatarsectomie à peu près totale. Ablation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde, des trois cunéiformes, d'une portion du calcanéum et des cinq métatarsiens dans presque toute leur étendue; véritable désossement du pied. Bon résultat. Congrès français de chirurgie, 1893.

Exostose sous-unguéale du 2e orteil. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 juin 1894.

TRAVAUX DIDACTIQUES

Article « **Coxalgie** » dans le *Traité de pathologie externe*, publié sous la direction du Professeur Bouchard, de Bordeaux (1890).

~~~

Maladies chirurgicales du mésentère, du pancréas et de la rate, 138 p., 22 figures. *In Traité de chirurgie clinique et opératoire*, de MM. Le Dentu et Delbet. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1899.

Mise au point de la chirurgie du mésentère, du pancréas et de la rate.

J'ai dû compléter surtout les chapitres relatifs à la rate et au pancréas.

~~~

Chirurgie du pancréas. Rapport présenté au Congrès français de chirurgie en 1905. Publié à part, avec un Appendice. — Un volume in-8° raisin, 327 pages et 84 figures dans le texte. — J. Rousset, éditeur. Paris, 1906.

Ce travail est divisé en trois parties :

1° Partie anatomique.

2° Partie clinique.

3° Partie thérapeutique.

Dans la partie anatomique, j'ai particulièrement insisté sur les rapports du pancréas avec la paroi abdominale postérieure,

région lombaire, avec la paroi abdominale antérieure et avec l'arrière-cavité des épiploons.

La partie clinique comprend :

A) Le diagnostic des affections du pancréas, en général. Signes de localisation pancréatique.

Ce diagnostic est établi par des signes fonctionnels et des signes physiques.

B) Diagnostic de chaque affection du pancréas en particulier.

1° Pancréas annulaire.

2° Les hernies et les déplacements spontanés.

3° Les traumatismes qui comprennent : *a)* les contusions et les ruptures ; — *b)* les plaies ; — *c)* les hématomes ; — *d)* les pseudo-kystes ; — *e)* les hernies traumatiques.

4° Les infections pancréatiques divisées en :

a) Pancréatite aiguë : 1° simple ; — 2° hémorragique ; — 3° suppurée ou abcès du pancréas ; — 4° gangréneuse.

b) Pancréatite chronique (à propos des pancréatites, j'ai signalé une lésion spéciale, la nécrose graisseuse du pancréas) : 5° La tuberculose du pancréas. Pancréatite tuberculeuse : — 6° les calculs pancréatiques ; — 7° les tumeurs avec leurs deux variétés : α) tumeurs liquides ou kystes du pancréas ; β) tumeurs solides ; — 8° enfin les fistules pancréatiques, complication et quelquefois même terminaison de certaines affections du pancréas.

Quant à la syphilis du pancréas, elle n'est guère connue que par des lésions trouvées à l'autopsie d'enfants atteints de syphilis héréditaire, bien qu'on ait trouvé des gommes dans le pancréas d'adultes syphilitiques.

J'ai insisté sur ce point, à savoir qu'en pratique l'on ne songe pas assez aux affections du pancréas, même une fois le ventre ouvert.

La partie thérapeutique comprend trois chapitres :

A) La technique et les indications générales des opérations destinées à agir sur les affections pancréatiques.

B) Un résumé du traitement médical et opothérapique.

C) Le traitement chirurgical applicable à chaque affection du

pancréas en particulier : indications et modes d'intervention, résultats opératoires et thérapeutiques. choix de la méthode ou du procédé opératoire.

Les différents procédés opératoires applicables aux lésions du pancréas sont décrits d'une façon complète.

Précis de chirurgie opératoire. Ligatures des artères. 1 volume petit in-8°, 352 pages, avec 157 figures dans le texte dont la plupart coloriées. Michel et Forgeot, éditeurs. Bordeaux-Paris, 1907.

Dans ce travail, j'ai cherché à compléter certaines descriptions de ligature d'artères par des détails qui ont leur importance ; j'ai tâché de présenter la description des ligatures d'une façon méthodique.

J'ai élargi le cadre des ligatures en exposant non seulement toutes les ligatures classiques et exceptionnelles des artères des membres, du cou, de la tête, du tronc, mais aussi les ligatures des artères de la main et du pied, de la maxillaire interne, de la méningée moyenne, etc.

Enfin, j'ai consacré un chapitre nouveau aux ligatures de certaines artères viscérales de l'abdomen (coronaire, stomachique, pylorique, gastro-épiploïque, splénique, utérine, etc.).

J'ai cru être utile aux élèves en faisant précéder la description de chaque ligature d'un résumé anatomique de la région.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil destiné à maintenir la longueur du vagin après la création d'un vagin artificiel par la méthode autoplastique. Thèse Baudry, Bordeaux 1894.

Cet appareil se compose de :

1° Une ceinture pelvienne en tissu élastique, munie d'une boucle de serrage ;

2° D'un plancher périnéal en caoutchouc fixé à la ceinture

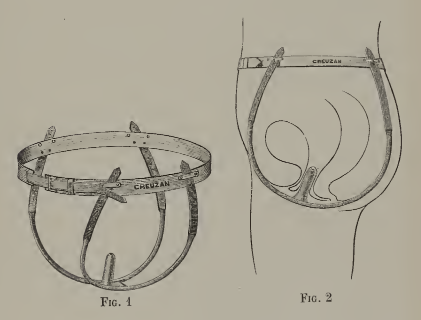


Fig. 1

Fig. 2

par quatre tubes-courroies, c'est-à-dire mi-partie caoutchouc et mi-partie cuir, la portion en caoutchouc correspondant aux aines et la portion en cuir venant se fixer à la ceinture ; deux

de ces courroies sont antérieures et se fixent à la ceinture, au-dessus du pubis; les deux autres, postérieures, se fixent à la ceinture au niveau du sacrum;

3° Au centre du plancher périnéal se trouve fixé l'appareil dilatateur du vagin, qui se compose d'un cylindre en caoutchouc rouge à bout mousse et arrondi, de 7 centimètres de longueur et de 25 millimètres de diamètre. Ce cylindre s'adapte dans l'étendue de 4 centimètres sur un cylindre métallique qui, en forme de noyau, lui sert de soutien. Le tout est percé d'un canal central pouvant permettre le drainage de la cavité vaginale.

Cet appareil est simple; il peut être solidement maintenu en place et sa partie dilatante, en caoutchouc, ne doit pas amener d'irritation.

Support métallique pour un cas de difformité nasale.
Soc. de chir. de Paris, 1895.

Après avoir détaché le lambeau nasal, j'appliquai un support métallique. Ce support, en platine, était disposé de la façon suivante:

1° Une partie médiane, axile, de 30 millimètres de longueur, sur 8 de largeur, à bords incurvés en bas et arrondis, étalée à son extrémité inférieure dans le point qui devait correspondre au lobule du nez. A son extrémité supérieure était adaptée une tige de fixation; 2° de l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la lame médiane, se détachaient deux branches latérales longues de 20 millimètres et larges de 4, terminées chacune par une tige de fixation. Ces branches ne descendaient pas verticalement; elles étaient recourbées, à convexité externe, de façon à soutenir les ailes du nez.

Pour mettre cet appareil en place, pour le fixer au squelette, je fis d'abord trois trous de pénétration en me servant du tour de S. S. White (de Philadelphie) couramment employé par les

dentistes; cet appareil est réellement très commode. Forgue (de Montpellier), qui a eu l'occasion de s'en servir, en a fait ressortir les avantages dans un article des *Archives provinciales de chirurgie*. Dans les trous ainsi pratiqués, j'enfonçai les tiges

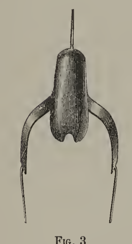




Fig. 3

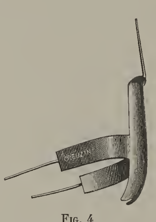


Fig. 4

terminales de mon support: l'une fut placée à la partie antérieure de l'échancrure ethmoïdale du frontal, les deux autres à la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

M'étant rendu compte de la solidité de l'appareil, je le recouvris avec le lambeau nasal que je suturai aux parties avoisinantes au moyen de crins de Florence.

~~~

Appareil de contention des membres surérieurs aux cours des opérations. Congrès français de chirurgie, 1899.

Avec les nouvelles tables d'opération. qui sont étroites, il arrive souvent que les bras ne restent pas appliqués le long du tronc et qu'ils pendent hors de la table dans une situation plus ou moins vicieuse. Quelques chirurgiens ont pu voir sur-
~~~

venir chez leurs opérés des paralysies consécutives à cette mauvaise attitude.

Aussi est-il important de fixer les membres supérieurs avant l'opération. Le procédé que j'emploie est des plus simples. Je place sous les reins du malade une bande en toile, dont je fixe les extrémités autour des poignets au moyen d'épingles anglaises, les deux bras sont ainsi solidaires, et par son propre poids le malade maintient l'appareil. Il est donc inutile d'avoir à sa disposition des appareils spéciaux.

Aiguille pour la rachicocaïnisation. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1900.

Il arrive quelquefois que, après une ponction lombaire qui semble avoir été bien pratiquée, le liquide céphalo-rachidien ne court pas à l'extérieur. Dans ces cas, on doit introduire un fil d'argent dans l'intérieur de l'aiguille, pour savoir si celle-ci n'est pas obstruée par un caillot sanguin. Or, cette introduction du fil d'argent peut être assez délicate, car les aiguilles sont construites de telle façon que le corps de l'instrument vient faire saillie dans l'intérieur de l'embout; il s'ensuit que le fil s'égare entre les parois de l'aiguille et celles du susdit embout: l'on a souvent beaucoup de peine à trouver l'orifice central de l'aiguille.

C'est pour faciliter cette recherche de l'orifice central que j'ai fait fabriquer des aiguilles à embout arrondi, sans saillie intérieure. Cette disposition serait applicable à toutes sortes d'aiguilles (aiguilles à morphine, à sérum).

Ecarteurs pour soulever le cerveau au cours de l'extirpation du ganglion de Gasser. Congrès français de chirurgie, 1901.

Les écarteurs que j'ai fait fabriquer dans ce but sont en aluminium, très flexibles, très malléables et cependant résistants.

J'en ai fait faire deux. Leur longueur est de 25 centimètres, la même pour les deux. Leur largeur est de 4 centimètres pour l'un et 3 centimètres pour l'autre. Les bords et les angles de ces écarteurs sont tout à fait mousses. Une partie de l'écarteur est enfoncée sous le cerveau à la profondeur voulue; l'autre, extérieure, recourbée au niveau de la brèche osseuse et formant manche, vient se mouler sur la boîte cranienne, permettant de soulever le cerveau sans gêner l'opérateur et donnant à l'aide un point d'appui, de sorte que l'écarteur reste immobile. On évite ainsi les pressions répétées sur le cerveau.

Table à opérations. Congrès français de chirurgie, 1902.

Cette table présente les trois grands avantages suivants :

1° Elle simplifie la tâche de l'opérateur ; renversement facile

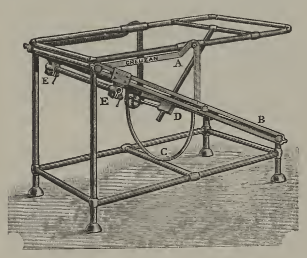


Fig. 5

et instantané pouvant être gradué à volonté, niveau du champ opératoire qui n'exige pas l'emploi d'escabeaux, fixité de la malade grâce aux larges porte-épaules, positions variées des porte-jam-

bes permettant de placer les malades dans les meilleures conditions opératoire ;

2° Elle n'exige pas d'aide spécial pour le renversement, puisque c'est le chloroformisateur qui détermine ce renversement,

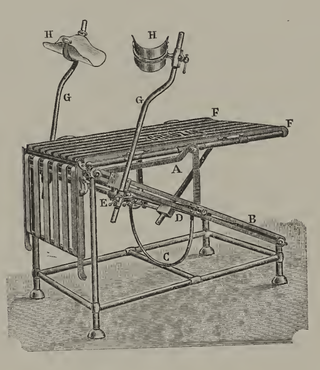


Fig. 6

par une légère pression sur le petit volant placé à sa droite ;

3° Elle place les malades dans les meilleures conditions de bien-être. En effet, pour les opérations abdominales, les malades opérés la tête en bas n'appuient plus sur une des extrémités de la table par leurs creux poplités, mais ils sont largement soutenus par les épaules ; pour les opérations gynécologiques et périnéales, ils appuient largement aussi leurs membres inférieurs sur des gouttières qui évitent toute contusion et toute fatigue.

Enfin, le transport de l'opéré sur le cadre-sommier supprime les secousses résultant de déplacements réitérés.

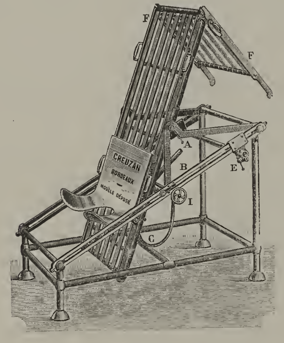


Fig. 7

Craniomètre. Thèse Cocaign, Bordeaux 1905 et Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1907.

Les procédés de topographie cranio-cérébrale sont assez nombreux (Broca, Lucas-Championnière, Poirier, Chipault, Masse et Woolonghan), mais ils exigent un effort de mémoire qui les rend peu pratiques. Le craniomètre de Krœnlein est assez pratique, mais il est encore un peu compliqué.

D'après les recherches que j'ai pratiquées dans le Laboratoire de médecine opératoire, je suis arrivé à cette conclusion, à savoir : que les différents procédés donnent tous des indications

suffisamment précises, permettant d'une manière générale de tomber, soit directement sur des centres cherchés, soit tout près de ces centres. Donc, ce qu'il faudrait, ce serait d'avoir un appareil fixe et simple déterminant aussi exactement que possible la direction des principales lignes de la face externe du cerveau.

Après de nombreuses recherches sur le cadavre, je suis arrivé à faire construire un craniomètre dont voici la description :

Il se compose de lames métalliques de 8 millimètres de largeur, disposées de la façon suivante :

1° Une bande horizontale, longue de 20 à 25 centimètres, dont la partie antérieure doit être placée au-dessus du rebord supérieur de l'orbite.

2° Une bande verticale, appliquée vers le milieu de la bande horizontale, longue de 5 centimètres, et qui doit être placée sur le prolongement de la ligne préauriculaire.

3° Une lame oblique partant de l'extrémité supérieure de la verticale et formant avec celle-ci un angle de 165° environ, ouvert en arrière. Cette lame a 8 centimètres de long.

4° Une deuxième lame oblique, partant également de la verticale, à 2 centimètres au-dessous de la précédente et formant avec la verticale un angle de 127° ouvert en arrière. Sa longueur est de 6 cent. 5.

Ces dispositions et ces mensurations ont été établies après de nombreuses recherches sur le cadavre.

Ces lignes donnent bien dans la plupart des cas la direction du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius avec leur extrémité inférieure.

Il existe, en outre, sur la partie antérieure de la lame horizontale deux petites encoches taillées sur les bords de cette lame et marquant assez exactement le territoire de la branche antérieure de la méningée moyenne ; elles sont situées à 3 cent. 1/2 en avant de la verticale.

Pour mettre l'appareil en place, le chirurgien n'a pas à faire le moindre effort de mémoire. En effet, la destination de chaque bande est inscrite sur la bande elle-même.

Sur la partie antérieure de la lame horizontale se trouve inscrit le mot « sus-orbitaire », indiquant la position à donner à cette lame.

Sur la verticale, on lit le mot « préauriculaire », ce qui veut dire que la bande horizontale étant située au-dessus de l'orbite, la lame verticale doit être placée sur le prolongement de la ligne préauriculaire.

La bande oblique supérieure porte l'inscription « sillon de Rolando » ; l'inférieure, celle de « scissure de Sylvius ».

Cet appareil très simple, on le voit, facilement stérilisable, peu encombrant, peut s'appliquer aussi bien du côté droit que du côté gauche.

Il suffit de se rappeler que les scissures principales de la face externe du cerveau sont dirigées en haut et en arrière ; par conséquent, les lames obliques doivent être placées sur le crâne de telle façon qu'elles se dirigent en arrière.

~~~

Utéroscope.

Le curettage utérin, même soigneusement pratiqué, pour rétention placentaire, n'enlève pas toujours tous les débris de placenta; la curette est quelquefois aveugle.

Pour bien se rendre compte de l'état de la cavité utérine, j'ai fait construire un utéroscope, tube métallique dans le genre de l'œsophagoscope,

~~~

Tente pour protéger les instruments pendant les opérations.

Ce dispositif se compose de :

1° Une charpente en tiges métalliques formée de trois faces et d'un plafond ;

2° Une tente protectrice, amovible et stérilisable, formée par

une toile qui emboite la charpente métallique en arrière et sur les côtés.

Dans l'intérieur de ce dispositif se place la table sur laquelle se trouvent les instruments.

De la sorte, les assistants peuvent s'approcher de la table à instruments, sans risquer d'y toucher ni d'y faire tomber des poussières.

(Ces instruments et appareils ont été fabriqués sous ma direction par M. Creuzan.)

THÈSES INSPIRÉES

DEGAIL. — *Polypes fibro-muqueux des fosses nasales*. Paris 1885.

J. MATIGNON. — *De la gastro-entérostomie dans le cancer du pylore*. Bordeaux 1892.

TORNU. — *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée*. Bordeaux 1893.

DURAN. — *Fibromes, lipomes, fibro-lipomes de la main et des doigts*. Bordeaux 1893.

MARION. — *De la trépanation du rachis*. Bordeaux 1893.

DE LAVIGNE. — *Kystes hydatiques du petit bassin*. Bordeaux 1893.

BARTET. — *Traitement médical et chirurgical du rein mobile et en particulier de la néphropexie*. Bordeaux 1893.

BAUDRY. — *Traitement chirurgical de l'absence du vagin*. Bordeaux 1894.

HOUQUES. — *Tétanos céphalo-paralytique*. Bordeaux 1894.

DULAU. — *De la pylorectomie*. Bordeaux 1894.

LASSERRE. — *Du traitement chirurgical du cancer du pénis*. Bordeaux 1894.

GALANO. — *Traitement chirurgical des abcès du foie*. Bordeaux 1894.

SAGE. — *Des tumeurs liquides de la grande lèvre*. Bordeaux 1895.

NADAUD. — *De la suture immédiate de la vessie*. Bordeaux 1895.

NOUVEL. — *Pathogénie des kystes du vagin*. Bordeaux 1895.

BEC. — *De la suture osseuse dans les fractures de la clavicule*, Bordeaux 1895.

VERGEZ. — *De la gastrostomie à l'heure actuelle.* Bordeaux 1896.

BORDENAVE-PÉBORDE. — *De la résection du poignet par la double incision dorso-palmaire ou transmétacarpienne.* Bordeaux 1896.

LAPALLE. — *Des plaies du diaphragme à travers la paroi thoracique et en particulier de leur traitement.* Bordeaux 1896.

PAUCOT. — *De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé de Bassini et ses dérivés.* Bordeaux 1896.

M[lle] BELLY. — *De la laparotomie exploratrice.* Bordeaux 1897.

MONGIE. — *Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine.* Bordeaux 1897.

WESTERMANN. — *Traitement des gibbosités pottiques par le procédé de Calot.* Bordeaux 1898.

ALKER. — *De la splénopexie.* Bordeaux 1898.

ADOUE. — *Des kystes glandulaires du pancréas.* Bordeaux 1898.

POTEREL-MAISONNEUVE. — *Kystes séreux et séro-sanguins de la rate.* Bordeaux 1898.

PARROT-LAGARENNE. — *Lipomes des joues. Masses graisseuses de la région temporo-jugale.* Bordeaux 1898.

MANGIN. — *Traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas.* Bordeaux 1898.

GIROU. — *Cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus.* Bordeaux 1898.

ZALIDÈS. — *Coexistence des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire.* Bordeaux 1899.

CHAPEYROU. — *De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des salpingites purulentes.* Bordeaux 1899.

LAURENS. — *De l'appendicite chez la femme.* Bordeaux 1900.

CHAGNOLLEAU. — *Des kystes séreux sus-dure-mériens.* Bordeaux 1900.

Ch. ADOUE. — *Contribution à l'étude de l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne.* Bordeaux 1900.

Teste. — *Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.* Bordeaux 1900.

Manine. — *De la suture des plaies du cœur* (*Manuel opératoire*). Bordeaux 1901.

Vergnes. — *Contribution à l'étude de l'ablation du ganglion de Gasser*. Bordeaux 1901.

Dubourg. — *Contribution à l'étude de l'exosplénopexie.* Bordeaux 1901.

Salabert. — *Méthode rationnelle pour pratiquer la castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule* (*Méthode de M. Villar*). Bordeaux 1901.

Helion. — *Kystes hydatiques du masséter*. Bordeaux 1902.

Peyraud. — *Etude critique sur la résection du ganglion de Gasser*. Bordeaux 1902.

Laroche de Féline. — *Contribution à l'étude de la voie abdomino-diaphragmatique dans la chirurgie du cœur et du péricarde.* Bordeaux 1903.

Tragan. — *De l'intervention chirurgicale dans les affections du médiastin postérieur et en particulier dans celles de l'œsophage.* Bordeaux 1903.

Pion. — *Des kystes simples de la mamelle.* Bordeaux 1903.

Olivier. — *Technique de l'anesthésie générale* (*chloroforme et éther*). Bordeaux 1903.

Janicot. — *Hématocolpos, hématométrie et hématosalpinx consécutifs à l'atrésie congénitale du vagin.* Bordeaux 1903.

Kervern. — *Contribution à l'étude du cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal.* Bordeaux 1903.

F. Bodiou. — *De l'hématocèle de l'épididyme.* Bordeaux 1903.

Guégan. — *Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.* Bordeaux 1903.

Belonne. — *Tumeurs malignes bilatérales du sein.* Bordeaux 1904.

Gaubin. — *Des tumeurs de la parotide accessoire.* Bordeaux 1904.

Lailheugue. — *De la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.* Bordeaux 1904.

Legendre. — *Amputation de la jambe au tiers supérieur par le procédé bordelais.* Bordeaux 1904.

Tuder. — *Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule en ectopie inguinale.* Bordeaux 1904.

Papon. — *De l'amputation interscapulo-thoracique dans les tumeurs malignes de l'épaule.* Bordeaux 1904.

Vadon. — *De l'origine pleuro-pulmonaire des abcès froids thoraciques et de leur traitement.* Bordeaux 1905.

A. Destelle. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des paralysies faciales par l'anastomose du nerf facial avec le nerf spinal ou le nerf grand hypoglosse.* Bordeaux 1905.

G. Villeroux. — *Du rôle, dans les mouvements des doigts, des expansions fibreuses qui unissent les tendons extenseurs. Résection de ces expansions fibreuses chez les pianistes.* Bordeaux 1905.

Savidan. — *L'appendicite kystique.* Bordeaux 1905.

Cocaign. — *Recherches de topographie cranio-cérébrate.* Bordeaux 1905.

M. Bonduel. — *Fracture du radius chez les automobilistes.* Bordeaux 1905.

L. Gay. — *Le prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre chez la femme.* Bordeaux 1905.

P. Fleury. — *Du traitement des abcès appendiculaires pelviens, en particulier par la voie rectale.* Bordeaux 1905.

Denier. — *Les hernies traumatiques du pancréas.* Bordeaux 1905.

Roton. — *Des kystes hydatiques du pancréas.* Bordeaux 1905.

Beinet. — *La tuberculose de la prostate.* Bordeaux 1906.

SALONNE. — *Les ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral. Avantages du traitement par la suture*. Bordeaux 1906,

GUISELIN. — *Du cancer de l'ombilic*. Bordeaux 1906.

G. MILLON. — *L'empalement*. Bordeaux 1906.

LUTAUD. — *Traitement des varices des membres inférieurs par la méthode sanglante*. Bordeaux 1906.

BRIAU. — *D'un procédé de cure·radicale de la hernie inguinale*. Bordeaux 1906.

VIGNES. — *Sur la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne*. Bordeaux 1906.

TABLE DES MATIÈRES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Imprimerie Moderne, 8, rue Paul-Bert. — Bordeaux.